Lane Medical Library

ÜBER DIE KAUSALE BEDEUTUNG EXOGENER MOMENTE IN DER ÄTIOLOGIE SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT VON

FRITZ ENGELMANN
AUS DRESDEN, FREISTAAT SACHSEN

PROMOTION: 22. JULI 1927

REF.: PROF. DR. HAUPTMANN

SONDERABDRUCK AUS:
ARCHIV FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN, BAND 84

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN 1928

ÜBER DIE KAUSALE BEDEUTUNG EXOGENER MOMENTE IN DER ÄTIOLOGIE SCHIZOPHRENER ERKRANKUNGEN

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

VEREINIGTEN FRIEDRICHS-UNIVERSITÄT
HALLE-WITTENBERG

VORGELEGT VON

FRITZ ENGELMANN
AUS DRESDEN, FREISTAAT SACHSEN

PROMOTION: 22. JULI 1927
REF.: PROF. DR. HAUPTMANN

SONDERABDRUCK AUS:
ARCHIV FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN, BAND 84

VERLAGSBUCHHANDLUNG JULIUS SPRINGER IN BERLIN 1928

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Anton
und Herrn Prof. Dr. Hauptmann

meinen besonderen Dank für die Anregung zur Arbeit auf dies
Gebiete und die gütige Unterstützung bei der Wahl und Bearbeitu
des Themas.

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0155

Seit *Kraepelin*[1] die Dementia praecox in die Reihe der endogenen Psychosen gestellt hat, ist viel über die eventuelle Mitwirkung und kausale Bedeutung exogener Faktoren für die schizophrenen Erkrankungen diskutiert worden. Im Laufe der Zeit ist man stillschweigend dahin übereingekommen, äußeren Einflüssen einen gewissen Spielraum einzuräumen, dessen Breite indes von den einzelnen Autoren sehr verschieden bemessen wird. Schon die Schule *Kraepelins* mußte anerkennen, daß psychische Ursachen Besserungen oder Verschlimmerungen im Zustande der Kranken erzielen können. Darüber hinaus hält *Bleuler* nicht nur die Mitwirkung äußerer Faktoren bei der Entstehung der manifesten Schizophrenie für wahrscheinlich, vielmehr noch läßt er die Möglichkeit zu, daß solche Einflüsse wirklich allein zur Erzeugung (nicht bloß Auslösung) der Krankheit nötig wären. Sicherlich könnten sie „eine schon bestehende psychische Abnormität im Sinne der Dementia praecox zur vollen Krankheit sich entwickeln lassen oder eine latente Psychose manifest machen. Vielleicht wirken auch innere Einflüsse, begleitende psychische Anlagen, die an sich nichts mit den Gen der Krankheit zu tun haben, mit. Es könnte z. B. eine gewisse Empfindlichkeit, wie sie nicht nur dem zukünftigen Schizophrenen eigen ist, die Anpassungsfähigkeit des Kranken zu vermindern, ihn die Schwierigkeiten besonders fühlen lassen und so zum Ausbruch der Krankheit mithelfen". Noch weiter als *Bleuler* geht *Wilmanns*, indem er es für möglich hält, „daß schwere seelische Erschütterungen mehr sein können als nur ein letzter Anstoß zum Krankheitsausbruch, daß die Person ohne dieses Schicksal nach menschlichem Ermessen von der Schizophrenie dauernd verschont geblieben wäre. Hier würde die Krankheitsbereitschaft ganz

[1] Wegen Raummangels können wir hier nur eine verkürzte Darstellung der einschlägigen Literatur geben und setzen somit eine genauere Kenntnis derselben voraus.

hinter den krankheitsauslösenden Schädigungen zurücktreten, so daß wir praktisch von einer Verursachung der Schizophrenie durch seelische Schädigungen sprechen müßten."

Ferner hat *Jaspers* in Anlehnung an die Lehren *Bleulers* den ausgelösten Schüben und reaktiven Zuständen bei der Schizophrenie seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. „Die Schübe bewirkten, auch wenn die heftigen Erscheinungen nachließen, doch eine dauernde Veränderung der Persönlichkeit, dagegen kehrte nach Ablauf der reaktiven Zustände der Kranke annähernd zu seinem früheren Zustand zurück. Schübe enthielten allgemeine Inhalte aus beliebigen vergangenen Zeiten, Reaktionen bestimmte Inhalte aus einem oder mehreren Erlebnissen her, aus denen die Psychose kontinuierlich hervorging. Schübe entstehen spontan, Reaktionen im zeitlichen Zusammenhang mit Erlebnissen." Innerhalb letzterer trennt *Jaspers* nun scharf zwischen kausalen und verständlichen Zusammenhängen und unterscheidet „zwischen Menstruation, Ermüdung, Hunger auf der einen, Heimweh, Todesfall auf der anderen Seite". Bei diesen ist (neben den kausalen) ein verständlicher, bei jenen nur ein rein kausaler Zusammenhang gegeben. Würde sich somit der Begriff der reaktiven Psychose auf abnorme Seelenveränderungen beschränken, welche auf ein Erlebnis hin eintreten, so würde doch auch für sie gelten, daß zunächst „ein Prozeß die Disposition schaffen muß, um eine solche Reaktion auf ein schweres Schicksal zu ermöglichen. Daneben hätte der Prozeß die seelische Veränderung verursacht, welche das Fiasko, die Unmöglichkeit, sich in der Welt zurechtzufinden, mit sich brachte".

Demgegenüber stellt *Bornstein* drei unter den Begriff der Schizophrenie fallende Krankheitstypen auf: 1. die „Schizothymie [1]", welche dadurch zustande kommt, daß sich ein einziger vorwiegend mit einem wirklichen Erlebnis verbundener Komplex von der gesamten Psychik abspaltet, und somit meistens eine Reaktion gegen jenes Erlebnis darstellt. Das klinische Bild soll in einer direkten Verwirklichung des in diesem Komplex enthaltenen, im Leben aber unerfüllt gebliebenen Verlangens bestehen. Dieser Typus von Persönlichkeitsspaltung würde weder Assoziationsstörungen, tiefgreifendere Affektivitätsstörungen, Verfolgungsideen, noch Halluzinationen aufweisen, indes eine dauernde Umwandlung der Persönlichekt hinterlassen.

2. Die „Schizophrenie" *(Bleulers)*, welche ebenso als Reaktion gegen ein schweres wirkliches Erleben, aber auch unabhängig von den Lebensangelegenheiten spontan zum Ausbruch kommen kann, als ein Schub des zur Grundlage liegenden Prozesses. Diese würde spezifische Assoziationsstörungen, eine meistens primäre affektive Verkümmerung oder

[1] Nach *Bornsteins* neuerer Übersicht ist eine völlige Trennung der reaktiven Schizothymie von der vulgären Schizophrenie nicht zulässig; sie stelle vielmehr eine abortive Form der letzteren dar.

Disproportion der Affekte zu den Vorstellungen, sowie Verfolgungsideen und Halluzinationen zeigen; auch hier würde sich eine dauernde Umwandlung der Persönlichkeit finden, wenn auch langdauernde Remissionen möglich wären.

3. Die „Dementia schizophrenica" würde einen progressiven Verlauf haben und schweren Blödsinn von spezifischem Charakter herbeiführen.

Die unter 1. geschilderte Schizothymie würde demnach im wesentlichen dem Typus des „psychischen Prozesses" nach *Jaspers* entsprechen, „dessen spezifische Merkmale in akutem Beginn, Reagibilität und Circumscriptheit beständen". Mehr minder damit zusammenfallen würde weiterhin auch der von *Popper* aufgestellte „schizophrene Reaktionstypus", welcher mit dessen eigenen Worten „einen Komplex von Individualfaktoren bedeutete, deren die Wesenheit, das Verhalten, die affektiven Entladungen verfärbende reaktive Äußerungen die schizophrene (oder schizoide) Reaktion schüfen, die vom schizophrenen Krankheitsvorgang und überhaupt vom Krankheitsbegriff der Schizophrenie strikte zu sondern wäre".

Neuere Nachforschungen von *Kahn* geben diesen Beobachtungen recht. Derselbe sah „schizophrene Zustandsbilder psychogen auftreten und in gleicher oder ähnlicher Weise wieder verschwinden, wie psychogene Symptome rein hysterischer Zugehörigkeit oder andere psychogene Störungen, die jeden Anschein, der auch nur im weitesten Sinne schizophrenieverdächtig wäre, vermissen ließen". Somit erkennt er den von *Popper* aufgestellten schizophrenen (schizoiden) Reaktionstypus „als eine spezifische Reaktionsbereitschaft an, welche erbbiologisch zur schizoid-schizophrenen Gesamtgruppe gehörte". In dieser wäre „die conditio sine qua non die Erbanlage zum Schizoid, die nicht selten in schizoiden Persönlichkeitstypen phänotypisch realisiert erschiene", und welche sich nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von der Schizophrenie unterschiede, indes gegenüber der Norm keine sicheren Grenzen aufwiese. „Die schizophrenen Prozeßpsychosen gründen einerseits auf der Erbanlage zum Schizoid, andererseits auf der Erbanlage zur Psychose, zur schizophrenen Prozeßpsychose. Die Schizoiden sind dauernd eigenartige Persönlichkeiten, die Schizophrenen sind — vorübergehend oder dauernd — Prozeßkranke. Der schizophrene Reaktionstypus ist bedingt durch die Erbanlage zum Schizoid und durch eine besondere Reagibilität (Ansprechbarkeit), die ihrerseits durch verschiedene (psychogene, endokrine) gleichfalls genotypisch fundierte Mechanismen gegeben sein kann. Der schizophrene Reaktionstypus kommt nicht nur allein in psychogenen Syndromen, die gelegentlich die erste oder einzige für uns erkennbare phänotypische Realisation der schizoiden Anlage seines Trägers sein kann, sondern auch ein Verlauf schizophrener Prozeßpsychosen sowie anderer, endogener Psychosen und vielleicht sogar bei symptomatischen Psychosen vor. Die Manifestationen

des schizophrenen Reaktionstypus sind einmal durch ihre schizophrene Symptomatik und weiterhin dadurch charakterisiert, daß sie weder bei schizophrenen Prozeßpsychosen noch bei anderen Psychosen als aktive, in den zerstörenden Prozeß mit eingreifende Bestandteile, auftreten, sondern einen Verlauf nehmen, der die betroffenen Persönlichkeiten in ihrer Ganzheit ebensowenig alteriert oder schädigt wie die rein psychogenen Störungen". Bei gewissen Anstößen und Reizen werden diese im Organismus liegenden Reaktionsmöglichkeiten — Reaktionsbereitschaften — getroffen und zur Manifestation veranlaßt.

Schon früher forderte *Wanke* neben einer Gehirnveränderung zur Erzeugung einer schizophrenen Psychose, daß die Betroffenen Gelegenheit zu einer „schizothymen Persönlichkeitsänderung" haben. In leichteren Fällen könne es bei derselben bleiben, in schwereren Graden käme es zu einer Art Psycho-Neurose, welche vielleicht den psychogenen Syndromen *Kahns* entsprechen würde; zur eigentlichen Schizophrenie käme es aber nur beim gleichzeitigen Vorhandensein bzw. Hinzutreten einer „schizophrenen Gehirnveränderung. *Geitlin* nimmt als Grundlage der schizoiden Psyche angeborene (wahrscheinlich vererbte) Anomalien in bestimmten Teilen der Basalganglien des Gehirns an. Durch die sowohl in quantitativer wie wohl auch in qualitativer Hinsicht pathologische Einwirkung endogener Toxine auf dieses abnorm angelegte Gehirn soll der schizophrene Prozeß entstehen. Bei von vornherein bestehender hochgradiger Abnormität in den Basalganglien würde eventuell diese an sich schon eine Schizophrenie hervorrufen können.

Auch *Ewald* geht von lokalisatorischen Gesichtspunkten aus, wenn er annimmt, daß „bei den schizophrenen psychischen Symptomen die Störung wenigstens primär im Hirnstamm sitzt und nicht in der Rinde", und fortfahrend: „Wir haben bei Schizoid und Schizophrenie einerseits Auswirkungen einer etwas abnormen Anlage, andererseits aber Prozesse; beide an gleicher Hirnstelle lokalisiert und dabei psychologisch einander ähnlich und scheinbar auch biologisch wesensverwandt".

Im weiteren Sinne wäre endlich das „Schizoid" oder die „Schizothymie" *Kretschmers* auf gewisse Temperamenteigenheiten anzuwenden, welche jedoch in keiner Weise schon etwas Psychotisches enthielten. Die Psychose ginge erst von einem Erlebnis aus bzw. stellte sie eine Entladung von angesammelten (und unterdrückten) Komplexen dar.

Neuerdings hat man endokrine Störungen für die Entstehung der Psychose verantwortlich gemacht, womit wir zu den Anschauungen *Kraepelins* zurückkehren würden, welcher bei der Dementia praecox das Bestehen einer Selbstvergiftung, infolge einer Stoffwechselstörung, vielleicht im Zusammenhang mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen, für wahrscheinlich hielt und insbesondere auf eventuelle Beziehungen zur Schilddrüse und zu den Nebenschilddrüsen hinwies. Indes hat *Willmanns* kürzlich darauf hingewiesen, daß es sich hierbei sehr wohl

auch umgekehrt verhalten und eine Hirnerkrankung ihrerseits sowohl die schizophrenen Symptome wie die endokrinen Erscheinungen zur Auslösung bringen könnte. Übrigens wäre es für unsere Betrachtungen über die Mitwirkung äußerer Faktoren bei der Entstehung von schizophrenen Erkrankungen letzten Endes gleichgültig, ob die Organminderwertigkeit, der Prozeß bzw. die Dysfunktion im zentralen Nervensystem oder im Drüsenapparat zu suchen wäre. Wesentlich in diesem Falle bleibe doch der Umstand, daß das exogene Moment eben auf einen irgendwie vorbereiteten Boden träfe und somit bei gleichen Anlässen andere (katastrophale) Wirkungen (Reaktionen) erzielte als beim Gesunden.

In eine ähnliche Richtung würde auch die von *Bumke* erwogene mögliche Annahme zielen, daß es vielleicht überhaupt keine Krankheit Dementia praecox, sondern nur schizophrene Reaktionsformen gebe, welche durch verschiedene Anlässe bloßgelegt werden könnten und mit welchen das Gehirn auf ganz verschiedene Schädlichkeiten antworten und übereinstimmende Krankheitssymptome veranlassen könnte. Insbesondere wäre es denkbar, daß durch Hirnkrankheiten die allgemeine psychische Widerstandskraft herabgesetzt würde, welche die Kranken gegenüber anstürmenden äußeren Ereignissen wehrlos macht und sie bei irgendwelchen besonderen Anforderungen versagen ließe. Vielleicht sind manche schizophrenen Krankheitsprozesse die schwerer verlaufenden oder unheilbar gewordenen Analogien derselben Krankheitsvorgänge, die bei geringerer Schädlichkeit oder bei widerstandsfähigerem Gehirn nur als symptomatische Psychosen in Erscheinung treten.

Gestützt auf Forschungen *Kleists*, *Fabritius'*, *Hoches*, *Loewys* und *Stertz'* verleihen *Jacobi* und *Kolle* dem Gedanken Ausdruck, daß die Schizophrenie eine organische Hirnerkrankung sei, „bedingt entweder durch eine angeborene Schwäche und Anfälligkeit gewisser Systeme dem Lebensgebrauche gegenüber, oder durch elektive Schädigung dieser Systeme, eventuell endokriner Art". Vielleicht handelt es sich um eine präformiert liegende Reaktionsweise, welche durch verschiedenartige krankmachende Einwirkungen in gleicher Form hervorgerufen werden kann, wobei eine Elektivität zu gewissen Systemen eine Rolle spielte. Wenn auch der schizoide Psychopath an einer abortiven oder unvollkommen geheilten Form der Schizophrenie leiden würde, so wäre andererseits doch vorstellbar, daß bestimmte konstitutionelle Typen (Schizothymiker) eine besondere Neigung hätten, schizophren zu reagieren. Damit jedoch der Weg zum Anormalen und Pathologischen frei werde, müsse ein exogenes Moment seine Wirkung entfalten.

Knapp ist geneigt, dieses in einem Erreger zu suchen und die Schizophrenie also mit den Infektionskrankheiten in eine Reihe zu setzen. Derselbe verweist insbesondere auch auf die im Verlauf einer Encephalitis beobachteten Krankheitsbilder, welche klassische Fälle von

Dementia praecox darstellen und von welchen *Knapp* annimmt, daß sie das Produkt einer Infektion, hervorgerufen durch einen der Spirochäte der progressiven Paralyse oder der Mikrobe der multiplen Sklerose verwandten Erreger, sind. Die Infektionserreger oder ihre Gifte fänden aber einen besonders günstigen Boden in der an Erschütterungen und Umwälzungen reichen Pubertätszeit, während welcher „der Organismus, spezielle das reifende, aber noch nicht reife Gehirn, besonders empfindlich, besonders verletzlich und besonders empfänglich für einen Angriff sein müsse".

Andere der Psychoanalyse mehr minder nahestehende Autoren sehen als wesentliche Entstehungsursache der Schizophrenie Erkrankungen, durch ins Unbewußte verdrängte Komplexe bedeutungsvoll gewordene Lebenssituationen, zwangsneutorische Symptomenkomplexe, sexuelle und Oedipuskomplexe, Kind-Mutter[-Eltern-]-Entwöhnung, frühe Verwaisung, überhaupt psychische Traumen und Lebensschwierigkeiten, an (*Boltz, Bychowski, Carp, Horwitzowna, Laforgue, Speer* u. a.), während *Minkowski* das Wesen der Schizophrenie in einer tieferliegenden Grundstörung erblickt, welche sowohl die anatomischen wie die psychischen Veränderungen bedingt.

Schließlich trennt *Kahn* neben den (idiopathischen oder) genuinen Schizophrenien und den schizoiden (idiotypisch unterlegten) Reaktionsweisen noch die schizoformen Reaktionsweisen ab, womit er schizophren aussehende Krankheitszustände bezeichnet, welche ohne Anwesenheit schizoider und schizophrener Anlagen zur Ausbildung kämen und durch die Art oder die Stärke einer infektiösen oder toxischen Noxe, durch die Lokalisation dieses oder jenen Hirnprozesses, durch Intensitätsunterschiede in der Lokalisation feinerer und gröberer Hirnprozesse teilweise oder ganz bedingt wären. Dieselben würden sich in breiter Front mit den schizophrenen Reaktionsweisen *Bumkes* berühren.

Um vielleicht einen Beitrag zur Klärung der Frage nach der eventuell exogenen Bedingtheit der Schizophrenie zu liefern, haben wir uns nunmehr der Aufgabe unterzogen, von 123 in den letzten 2 Jahren in der hiesigen Klinik zur Aufnahme gelangten Schizophrenien, sowie einer größeren Anzahl von nicht offensichtlich dem schizophrenen Formkreis angehörenden, aber schizophrene Symptome bietenden Psychosen, solche herauszusuchen, in deren Ätiologie nicht nur ein exogenes Moment (ein Trauma) als ursächlicher Faktor für die Entstehung der Psychose genannt wurde, sondern in welchen dieses vielmehr, unseres Erachtens, eine wirkliche Rolle bei dem Zustandekommen der Schizophrenie oder des schizophrenen Syndroms spielte.

Aus der Summe dieser konnten wir im folgenden 28 Fälle zusammenstellen, in welchen diese Voraussetzung zutraf. In weiteren 28 Fällen war uns eine mitwirkende Rolle des exogenen Faktors in hohem Grade wahrscheinlich; mangels genauerer Daten konnten wir dieselben indes

hier leider nicht verwerten. Bei den übrigen mußten die vorhandenen Zweifel die dafürsprechenden Momente überwiegen bzw. unterdrücken.

Bei der Würdigung der einzelnen Fälle und der exogenen Natur derselben haben wir uns noch folgende Fragen vorgelegt:

1. Bestand bereits eine und wie geartete Anlage oder wurden durch das exogene Moment die Bedingungen für das Zustandekommen einer Psychose erst geschaffen, d. h. trat die Krankheitsbereitschaft demgegenüber in den Hintergrund, so daß nach unserem Ermessem der Betroffene ohne dieses wahrscheinlich dauernd oder für längere Zeit von der Psychose verschont geblieben wäre? (Praktisch würde dies einer Verursachung durch das äußere Ereignis gleichkommen.)

2. Handelt es sich um den Ausdruck einer auf dem Boden einer latenten oder manifesten Schizophrenie erwachsenen echten (vorübergehenden) Reaktion oder handelt es sich nur um die Auslösung bzw. Steigerung eines fortschreitenden organischen Prozesses, d. h. um einen schizophrenen Schub, war also das äußere Ereignis nur der letzte (eventuell entbehrliche) Anstoß zum Ausbruch der Psychose, während der Boden hierfür schon gegeben bzw. vorbereitet war?

3. Worin besteht der Unterschied zwischen beiden?

4. Gibt es Fälle, in welchen ein Zweifel an der endogenen organischen Bedingtheit der Psychose besteht oder handelt es sich in diesen gar nicht um eine eigentliche Schizophrenie, d. h. liegt vielmehr eine mehr minder psychogene Reaktion vor, welche wohl in ihren äußeren Zügen einer Schizophrenie gliche, sich aber sowohl rein inhaltlich wie formell bzw. im Verlauf von derselben unterschiede?

5. Auf welcher Grundlage käme diese zustande?

6. Liegt überhaupt nichts Schizophrenes vor, sondern ist das augenblickliche Zustandsbild nur als Zeichen einer allgemeinen verminderten Widerstandskraft bzw. Organschädigung zu deuten, welche das schizophrene Syndrom bei verschiedenen zugrundeliegenden Ursachen hervorbrachte.?

7. War die Rolle, welche das exogene Moment angeblich spielte, in Wirklichkeit nicht bereits ein Ausfluß der Krankheit, d. h. stellte seine besondere Bedeutung für den Betroffenen nicht schon ein (sekundäres) Symptom derselben dar?

Fall 1. Die 18 jährige Lina W. kam Anfang September 1926 in starker seelischer Erregung zum Arzt. Sie hatte Geschlechtsverkehr gehabt, die Regel war ausgeblieben und sie befürchtete, geschwängert zu sein. Trotzdem die ärztliche Untersuchung keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer Schwangerschaft ergab, beruhigte sich das Mädchen nicht; vielmehr stellten sich immer größere Unruhe und Verfolgungsideen ein, sie weinte viel, ließ die begonnene Arbeit liegen, wurde wegen Suicidgefahr hierher geschickt und am 22. September 1926 in die Klinik aufgenommen.

3 Schwestern des Vaters der Patientin begingen Selbstmord, sonst keine Heredität. Geburt mit ärztlicher Hilfe erfolgt, Entwicklung normal; als Kind Masern, immer freundlich, lebhaft, nicht absonderlich.

Auf der Klinik ist Patientin zunächst ängstlich, unruhig, verwirrt, weint — weil sie das alles gemacht und sich ins Unglück gestürzt habe, — bietet dann ein mutistisch-negativistisches Zustandsbild mit Nahrungsverweigerung, so daß sie gefüttert werden muß. Im weiteren Verlauf schlägt dasselbe um, Patientin zeigt jetzt ein läppisch-hebephrenes Wesen, hört mitunter auch Stimmen, wird aber zunehmend freier und zugänglicher, beschäftigt sich wieder. Wird am 14. 12. 1926 als gebessert nach Hause entlassen.

Die vermeintliche Schwängerung bedeutete für die Patientin sicherlich ein schweres psychisches Trauma, durch welches jedenfalls das akute (jetzige) Krankheitsbild veranlaßt wurde.

Die Ätiologie, der aus dem vorwiegend erlebnisbetonten psychotischem Inhalt hervorgehende verständliche Zusammenhang und der günstige Verlauf lassen im vorliegenden Falle eine echte reaktive Psychose — als Ausdruck eines schizophrenen Reaktionstypus? — als wahrscheinlich annehmen. Dabei wäre eine sog. „schizoide" Anlage, im Sinne *Kahns,* als gegeben vorauszusetzen (s. auch unten), die allerdings bisher nicht zur Sicht gelangt war, insofern als die Patientin in ihrem präpsychotischen Leben und Wesen keine „schizoiden" Züge aufwies und sich in nichts von der Norm abweichend zeigte, während durch das Erlebnis nunmehr die entsprechende Reaktion herausgeholt wurde.

Offenbar war es infolgedessen zur Bildung eines Wahnsystems gekommen, welches auch durch die ärztliche Beruhigung nicht mehr aufgehalten werden konnte und den hauptsächlichen Inhalt der Psychose bildete. Vor diesem verschwinden die eigentlichen schizophrenen Symptome (die Halluzinationen, affektive und assoziative Störungen); die zeitweilig geäußerten Verfolgungsideen, welche für gewöhnlich nur bei den echten Schizophrenien vorkommen, dürften hier wohl durch die besondere Art des vorausgegangenen Erlebnisses erklärt werden. An sich würden auch diese ja nicht gegen den Ablauf einer reaktiven Psychose sprechen, während sie allerdings zum Bilde einer „Schizothymie" (nach *Bornstein)* nicht passen würden. Indes ist ja auch bei dieser ein kontinuierlicher Zusammenhang mit der vulgären Schizophrenie zugegeben worden.

Fall 2. Der Bierkutscher Paul F. unterhielt seit 1922 ein Verhältnis mit einer jungen Dame aus Berlin, die er zu heiraten gedachte. Im November 1925 erhielt er von dieser einen Absagebrief, in dem sie ihm mitteilte, daß sie nur einen ihr an Bildung gleichstehenden Mann heiraten würde. Seitdem hatte F. Depressionszustände, war traurig und mißgestimmt, äußerte Verfolgungsideen, glaubte, man wolle ihn vergiften, trank und aß nichts mehr, schlief nachts nicht, hatte auch Kopfschmerzen (angeblich infolge Erkältung, s. u.). Die Verfolgungsideen und der Depressionszustand wurden immer stärker und führten schließlich in der Nacht vom 19. zum 20. Dezember 1925 zu einem Suicidversuch, indem er sich mit einem Rasiermesser die Pulsadern und die rechte Halsschlagader durchzuschneiden suchte. Vorher hatte er starken Alkoholexzeß begangen, trank jeden Tag etwa 3 Liter Bier (s. u.). Er kam dann ins Krankenhaus Lauchhammer. Nach seiner Entlassung von dort bestanden die Verfolgungsideen weiter, desgleichen Angstgefühle und Kopfschmerzen; F. äußerte auch öfter, er wolle in die Elbe springen. Wurde deshalb am 17. Februar 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Mutter war von 1917—1919 in der Landesheilanstalt Arnsdorf i. Sa., hatte Kopfschmerzen und Angstzustände, verstarb daselbst. Sonst keine Heredität. Unehelich geboren. Soll als Kind Wasserkopf gehabt haben; Entwicklung normal. Nicht gut gelernt, habe ein schwaches Gedächtnis. War damals als landwirtschaftlicher Arbeiter tätig. Vom 15. bis 18. Lebensjahr Onanie betrieben. Vom Juni 1916 bis April 1918 im Felde. 1917 verschüttet, 14 Tage im Lazarett. April 1918 durch Granatschuß rechte Bauchseite verwundet. Februar 1919 bis Februar 1920 beim Grenzschutz. Später als Kutscher, Bergarbeiter, zuletzt als Bierfahrer tätig. 1921 bei der Schutzpolizei, infizierte sich mit Gonorrhöe. Bekam während der Behandlung im Krankenhaus einen „Tobsuchtsanfall", zerschlug Gegenstände, sprang zum Fenster hinaus, wurde deswegen entlassen. Als Bierfahrer von 1924 bis September 1925 ziemlich täglich etwa 6—8 Flaschen Bier getrunken, später nicht mehr; bis kurz vor dem Suicidversuch (s. o.).

Auf der Klinik ist Patient gut orientiert, macht sinngemäße Angaben zur Vorgeschichte. Nach dem Kriege habe er ein freies Leben führen wollen, sei deshalb und aus Abenteurerlust zum Freikorps gegangen, habe dann einen leichten Posten bei der Sipo bekommen. Später habe er in der Kohlengrube gearbeitet, sei schließlich durch Fürsprache Bierfahrer geworden. Im November 1925 nach einer Erkältung habe er Kopfschmerzen und Depressionszustände bekommen. Den Suicidversuch habe er unternommen, weil er in der letzten Zeit viel Unglück gehabt habe und mit der Welt fertig gewesen sei; jetzt sei er wieder mutiger, bereue seine Tat. Fräulein Th. W. aus Berlin habe es sicherlich gut gemeint — leider! Er habe immer den kürzeren gezogen, Unzufriedenheit sei die Wurzel alles Übels! Seine Stimmungslage ist leicht gedrückt, es besteht eine angedeutete Verarmung der sprachlichen Reaktionen; auch die ganze Körperhaltung ist etwas bewegungsarm. Auffällig ist weiterhin eine gewisse Entschlußunfähigkeit. Im weiteren Verlauf wird Patient zunehmend katatoner, gespannt, mit starrem Blick, motorischer Bewegungsarmut; ist mitunter unruhig; äußert Beziehungs- und Verfolgungsideen. Gedankenablauf etwas inkohärent. Patient meint, man verachte ihn wegen seines Suicidversuchs, hat jedoch noch Selbstmordideen, gibt an, vor dem damaligen Suicidversuch Stimmen gehört zu haben, die ihm zuriefen, er solle sich das Leben nehmen. Jetzt höre er Stimmen, die sagten, er solle nach Nietleben und dort Gift trinken. Ist im übrigen ratlos, verweigert mitunter das Essen, sagt: „Was hat denn das für Zweck, ich muß doch sterben, da brauche ich auch nicht zu essen," glaubt, er solle erschossen werden, verlangt öfter nach einem Messer, in der Absicht, sich das Leben zu nehmen, meint: „Dann hört wenigstens die ganze Geschichte auf." In der Folge klingt dieser Zustand ab, Patient wird ruhiger, die katatone Hemmung verschwindet, besonders seit Patient einen Halskatarrh mit Mandelentzündung hatte, Selbstmordabsichten werden nicht mehr geäußert, vielmehr als Krankheitserscheinung bezeichnet, die nicht mehr für ihn in Frage komme. Wird am 14. April 1926 als bedeutend gebessert nach Hause entlassen.

Auch in diesem Falle bestand offenbar eine schizoide Anlage, deren Ausprägung durch die Kriegserlebnisse, das unruhige Leben und Alkoholabusus befördert sein mag. Den Anlaß zur Psychose gab aber erst die Zurückweisung durch die Dame, auf welche Patient Hoffnungen gesetzt hatte. Dazu mag die damalige Erkältung als okkasionelles (physisches) Moment kommen, indem sie den Boden dafür vorbereitete, so daß das psychische Trauma in dieser Weise wirken konnte. Trotz des nicht deutlich ausgesprochenen verständlichen Zusammenhanges (der psychotische Inhalt ist nur zum Teil dem vorangegangenen Erlebnis entnommen) glauben wir hier an den Ablauf einer echten reaktiven Psychose, weniger an

die Äußerung eines „schizophrenen Reaktionstypus." Dafür sprechen würde der günstige Verlauf, welcher nahezu einer Heilung gleicht, wenn sich auch eine gewisse Umwandlung der Persönlichkeit als Residuum der psychotischen Attacke findet. Die formellen Inhalte zeigen Halluzinationen und Verfolgungsideen als echte schizophrene Symptome — welche ja auch im Verlauf einer reaktiven Psychose nicht zu fehlen pflegen —. Dieselben könnten hier sehr wohl auch der Ausdruck von Komplexwirkungen sein. Im übrigen treten affektive und assoziative Störungen weniger hervor.

Fall 3. Der Schlosserlehrling Martin K. erkrankte Anfang August 1926 an starken Kopfschmerzen, Schwindelanfällen und Augenflimmern. Er hatte auch Schmerzen im Bereich des Abdomens, keinen Appetit, war matt und müde, schläfrig, apathisch, starrte immer in einer Richtung. Sein ganzes Wesen veränderte sich, er gab keine Antwort auf Fragen, verweigerte die Nahrung, brachte sich mit dem Messer eine Wunde in der Brust bei, wollte nicht leben, weil er den Eltern angeblich so viel Leid zugefügt hätte, war nachts unruhig, doch nicht aggressiv. Gegen seine Eltern war er weich und nur traurig, daß er ihnen so viel Leid bereite. Kam am 23. August in die hiesige Klinik.

Leibliche Mutter hatte in der Jugend Nervenfieber, starb mit 29 Jahren an Lungenentzündung. Großvater väterlicherseits längere Zeit wegen geistiger Erkrankung in der Irrenanstalt. Normale Entwicklung. Leidliche Schulerfolge. Zweimal Grippe, zuletzt vor einem Jahr. Im 1. Lebensjahr Krämpfe. Früher nicht auffällig.

Auf der Klinik verhält sich Patient zunächst negativistisch, gibt kaum Antwort auf Fragen, sieht blaß und verstört aus, sondert sich von den übrigen Kranken ab. Schon nach einigen Tagen hellt er sich aber wesentlich auf, wird lebhafter, ißt mit Appetit, gibt auch ganz bereitwillig Auskunft, führt seine Krankheit auf die aufreibende Arbeit als Schlosserlehrling zurück. In der Folge ist der Zustand wechselnd. Bald ist er ausgesprochen gehemmt, will keine Nahrung zu sich nehmen, macht sich Selbstvorwürfe, daß er sich früher seinen Eltern gegenüber schlecht verhalten, nicht genug gearbeitet und anderen etwas weggenommen habe, weint und ist verstört; bald ist er wieder freier, bewegt sich lebhaft und ungehemmt auf der Station. Nach Mitteilung und Ansicht der Eltern liegt den Selbstanklagen zugrunde, daß Patient mit einem Kameraden aus einem Automaten Schokolade ohne Geldeinwurf herauszubekommen versuchte, was ihm auch gelang, doch bekannt wurde. Obwohl der Vater den Schaden sofort ersetzt habe, sei der Junge danach, vielleicht gleichzeitig unter der großen Inanspruchnahme durch seinen Lehrherrn, nervös und verändert geworden. Schließlich habe sich das negativistische Krankheitsbild mit Selbstvorwürfen und motorischer Hemmung entwickelt, welches zur Aufnahme in die Klinik führte. Nachdem Patient, vielleicht durch einen neu aufgenommenen katatonen Kranken beeinflußt, vorübergehend wieder gehemmt war, bessert sich das Bild im weiteren Verlauf erheblich, Patient ist zugänglich, mitteilsam, psychisch frei, hilft mit auf der Station. Da dieser Zustand anhält, wird er am 13. November 1926 als gebessert versuchsweise nach Hause entlassen.

Wir haben hier wohl eine schizoide bzw. schizothyme Veranlagung anzunehmen, welche durch berufliche Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten noch gefördert wurde, während der Schokoladendiebstahl mit seinen Folgen erst den eigentlichen Anstoß zum Ausbruch der Psychose gegeben hat. Trotz der bestehenden verständlichen und kausalen

Zusammenhänge möchten wir hier die Frage, ob es sich um einen ausgelösten Schub- oder um eine echte reaktive Psychose handelt, offen lassen. Für letztere spricht der weitere Verlauf und der hauptsächlich an das Erlebnis anknüpfende Inhalt der Psychose, wenn dieser auch hier beweisend zu sein braucht. Indes könnte es sich hier sehr wohl um einen Fall von „schizophrenem Reaktionstypus" im Sinne *Popper-Kahns* handeln, insonderheit auch, da wir von eigentlichen schizophrenen Zerfallssymptomen hier so gut wie gar nichts finden.

Fall 4. Die Haustochter Ursula K. bekam während der ersten Menses, mit $13^1/_2$ Jahren, Verwirrungs- und Erregungszustände, gab an, alle Speisen, welche sie äße, kämen durch die Haut. Wurde durch Hypnosebehandlung gebessert. Kurze Zeit danach, im Sommer 1923, lernte sie einen jungen Mann kennen, der geschlechtlichen Verkehr mit ihr auszuüben versuchte, aber durch das Hinzukommen anderer Leute — gelegentlich eines Sommerfestes — daran gehindert wurde. Die K. regte sich darüber sehr auf, bekam starke Zuckungen in allen Gliedern, wurde mit Beruhigungsmitteln behandelt. Im Sommer 1924 traten neuerliche starke Erregungszustände auf; die K. rief dauernd: „Mein Kopf, mein Kopf," glaubte, sie müsse sterben. Wurde durch elektrische Vollbäder beruhigt. Mitte Juli 1925, zur Zeit der Menses, kamen die Erregungszustände erneut zum Ausbruch. Die K. schrie nachts laut, schlug Fensterscheiben ein, wurde gegen die Mutter tätlich. Narkotica wurden schlecht vertragen. — Bis heute steht die K. unter dem Einfluß des damaligen sexuellen Erlebnisses; der junge Mann erscheint ihr bei den Erregungszuständen, sie glaubt sich gravid, meint ein Kind zu haben usw. Wird am 20. 7. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Großmutter väterlicherseits ist Cousine des Großvaters mütterlicherseits. Sonst keine hereditäre Belastung. Entwicklung normal. Mit 5 Jahren schwere Grippe, desgleichen schwere Masern. In der Schule schwer gelernt; mitunter unruhig. Deswegen schon früher hier nervenärztliche Beratung.

Auf der Klinik gibt Patient willig Auskunft, ist örtlich und zeitlich orientiert, spricht während der Untersuchung verworren. Aus ihren Reden kehren immer erneut sexuelle Vorstellungen wieder, welche an das Erlebnis mit dem jungen Mann anknüpfen. Zeitweise ist Patientin sehr erregt, schreit, singt, schlägt mit den Fäusten gegen die Tür, wird aggressiv, zeigt starren Bewegungsdrang, grimassiert lebhaft. Im übrigen ist ihre Stimmungslage wechselnd, bald läppisch-heiter, bald trotzig-ablehnend. In ihren sprachlichen Äußerungen ist Patientin meist ganz zerfahren, in ihrem Wesen ziemlich kindisch, sehr affektlabil. Sie halluziniert stark, verkennt auch Personen, näßt mitunter ein, beschmiert sich und die Wände mit Kot. Wird am 22. 9. 1925 als ungeheilt nach Nietleben überführt.

Auch hier glauben wir an eine schon früher bestehende schizoide Veranlagung bzw. schizothyme Persönlichkeitsänderung, zu der vielleicht die seinerzeit durchgemachte Grippe, im Sinne einer spezifischen Organschädigung, beigetragen hat. Durch die mit dem Eintritt der Menses einhergehenden inneren Umwälzungen wurde offenbar eine — allerdings außerbewußte — akute Steigerung der psychotischen Tendenzen hervorgerufen. Auf diesen vorbereiteten Boden fällt nunmehr das sexuelle Erlebnis mit dem jungen Mann. Dasselbe mußte natürlich als ein schwerer Affektshock auf die Patientin wirken. Als Reaktion gegen jenes Erlebnis spaltet sich ein erlebnisbetonter Komplex von der Psychik der Betroffenen ab und gibt den Anstoß zur Entwicklung eines

entsprechend verarbeiteten Wahnsystems. Die Erlebnisinhalte gehen in die Psychose ein und bedingen außer den kausalen die verständlichen Zusammenhänge. Trotzdem möchten wir hier, in Berücksichtigung aller Umstände, dem Erlebnis doch nur eine auslösende Bedeutung zusprechen, während der Grundprozeß neben der Disposition den Boden schuf, infolge welcher das Erlebnis eine solche Bedeutung für die Patientin erlangen konnte. Der weitere Verlauf, sowohl in formeller Hinsicht — mit den Halluzinationen, assoziativen und affektiven Störungen — wie in dem fortschreitenden Zerfall — entspricht dem einer echten Schizophrenie.

Fall 5. Dr. K. M. verkehrte schon längere Zeit freundschaftlich mit einer jungen Dame aus B. Vor kurzem, im Dezember 1925, fuhr er nach B. und hielt um die Hand dieser jungen Dame an, bekam jedoch eine Absage. Trotzdem verblieb M. tagelang in der Wohnung der betreffenden Familie in B. Einmal brachte man ihn bis zur Bahn und in den Zug. Er sprang jedoch aus dem abfahrenden Zuge heraus und blieb weiterhin in B. Auf eine Depesche der Eltern hin brachte der Vater den Sohn mit Hilfe zweier Irrenpfleger nach H. Hier war M. dauernd erregt, ließ sich von den Eltern nichts sagen, wurde diesen gegenüber ausfällig, hatte durchaus kein Verständnis für das Peinliche der Bér. Situation, versuchte vielmehr wieder mit B. in Verbindung zu treten und nach dort zu reisen. Wird deshalb vom Arzt nach der hiesigen Klinik gewiesen und am 29. 12. 1925 hier aufgenommen.

Keine Heredität. Patient entwickelte sich normal, lernte gut; galt als tüchtig und begabt, doch etwas absonderlich, verschlossen und leicht aufbrausend in seinem Wesen.

Auf der Klinik erscheint Patient geordnet, orientiert, ruhig; er befindet sich in einer etwas gehobenen Affektlage, witzelt und stellt ironische Fragen, gibt aber über die Vorgänge, die zu seiner Internierung führten, keine Auskunft. Er verlangt seine Entlassung aus der Klinik, läßt sich aber hinhalten und findet sich in die Situation. Mitunter ist er in gereizter Stimmung, schimpft auf die Klinksleitung, tritt gegen die Zimmertür, beruhigt sich dann wieder. An die Dame in B. schreibt er nach einigen Tagen wieder einen Brief, er habe den „Zinnober" nun satt, sie solle zu ihm kommen, sie beide wollten dann in den Hades fahren, vielleicht aber auch nach Oberbayern. Patient äußert öfter belanglose Beschwerden und Wünsche, kommt jedoch nicht selten davon ab und tut gleichgültig erstaunt, wenn man darauf zurückkommt. Am Tage seiner Entlassung, den 3. 1. 1926, gibt er zum ersten Male zu, daß etwas bei ihm nicht stimme bzw. gestimmt habe. Er glaube, von einem Professor, bei dem er gehört habe, hypnotisiert worden zu sein, im übrigen könne wohl die B. sche Familie Auskunft geben; er fühle sich jedenfalls verpflichtet, nicht darüber zu sprechen. Verabschiedet sich höflich, trägt weiter keinen Groll wegen seiner Festhaltung. — Über sein weiteres Schicksal ist nachzutragen, daß er wegen seiner besonderen Art verschiedentlich anstieß und in Konflikt kam, sich aber beruflich ganz gut gehalten hat und eine Stellung einnimmt, die seinen im übrigen sehr guten Fähigkeiten entspricht.

Wir sehen hier, ausgehend von dem unangenehmen Erlebnis — dem psychischen Trauma — einen Komplex oder, wenn man will, eine überwertige Idee sich entwickeln, welche zum Anlaß eines Zustandsbildes wird, das etwa dem entspricht, welches *Wanke* als eine „schizophrene Veränderung der Persönlichkeit" bezeichnet; dieselbe „bedeutet an sich noch nicht Geisteskrankheit, sondern stellt vielmehr, jedoch nur in

schweren Fällen, eine (psycho-)neurotische Erkrankung dar und zeigt sich bei im übrigen gesundem Gehirn". Bei dem Patient würde dieselbe eine Fortentwicklung einer offenbar schon bestehenden schizothymen Persönlichkeit darstellen, die durch das psychische Erlebnis veranlaßt wurde, eine kurze Zeit bestand und dann von dem Patienten überwunden wurde — ohne Zweifel ein interessantes Bindeglied zwischen der einfachen schizophrenen bzw. schizothymen Persönlichkeitsänderung (im Sinne *Wankes*) und der eigentlichen Schizophrenie, welche (nach *Wanke*) „als Geisteskrankheit nur denkbar ist in Verbindung mit einer speziellen krankhaften Veränderung der Gehirnmasse selbst". Wir würden hier wiederum eine Analogie haben zu dem von *Popper* aufgestellten und von *Kahn* übernommenen „schizophrenen Reaktionstypus", dessen Voraussetzung die Anlage zum „Schizoid" bildet, dessen spezielle Merkmale in einer besonderen Reagibilität auf irgendwelche Reize oder Anstöße und in dem besonderen Verlauf bestehen, „der die betroffenen Persönlichkeiten in ihrer Ganzheit ebensowenig alteriert oder schädigt, wie die rein psychogenen Störungen. Dementsprechend läßt der vorliegende Fall von schizophrenen Zerfallssymptomen nichts erkennen.

Fall 6. Der Malerlehrling Erich S. wurde Ende August 1925 beim Jalousienstreichen von einer Frau grob angefahren, weil sie sich durch ihn in ihrem morgendlichen Schlaf gestört fühlte. Am andern Morgen erklärte S., nicht wieder dahin zur Arbeit gehen zu wollen, die alte Frau habe ihm nachgeschaut. War fortan sehr still und gedrückt in seinem Wesen, hatte einen starren Blick, wurde einige Tage darauf plötzlich erregt, sprang abends aus dem Bett auf, fragte, was das für ein komischer Geruch im Haus sei, hatte Angst, man wolle ihn umbringen, alles sei darauf eingerichtet. Dieser Zustand verschlechterte sich immer mehr und mehr. S. äußerte Versündigungs-, sowie Vergiftungs- und Beziehungsideen, glaubte, seine Großmutter könne ihn verhexen, nahm keine Arznei, weil er meinte, man wolle ihn damit vergiften, war sehr mißtrauisch, aß stets erst, wenn die anderen Angehörigen von dem vorgesetzten Essen gegessen hatten. Zu seiner Arbeit war er nicht wieder zu bewegen, war auch immer sehr matt. Hatte Gesichts- und Gehörshalluzinationen, starrte manchmal eine halbe Stunde lang in eine Ecke, stand nachts öfter am Fenster und schaute an den Himmel. In den letzten Tagen lief er öfter plötzlich ziellos von Hause weg, glaubte sich verfolgt, war im ganzen, besonders nachts, sehr unruhig. Wurde deshalb am 20. 10. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Eltern beide nervös. Ein Bruder des Vaters erlitt im Kriege einen Nervenshock, hatte Erregungszustände, beging Selbstmord. Normale Entwicklung, mit 13/14 Jahren Lungenentzündung, danach sehr elend. Gute Schulerfolge, von jeher etwas eigensinnig, sehr empfindlich und leicht reizbar. Patient sonderte sich jedoch nicht ab, hatte Freunde, liebte Geselligkeit. Nach der Schulzeit zunächst Malerlehrling; wegen Schwäche Beruf aufgegeben und in einer Glashütte gearbeitet, doch wiederholt Lungenkatarrh. Auf ärztliches Anraten deswegen ausgesetzt und wieder Malerberuf aufgenommen, mit ganz gutem Erfolg. Patient war sehr fleißig und strebsam, strengte sich sehr an; der Meister war zufrieden mit ihm.

Auf der Klinik verhält sich Patient anfangs ruhig, liegt in einer eigentümlich starren Haltung, mit regloser Mimik im Bett, zeigt einen ängstlich-fragenden Gesichtsausdruck. Erklärt auf Befragen zögernd mit leiser, tonloser Stimme, er sei nervenkrank und hier zur Heilung, beginnt darauf zu weinen. Zeitweise ist

Patient motorisch erregter, hat Beziehungs- und Vergiftungsideen. Im übrigen ist sein Verhalten vorwiegend negativistisch, mitunter läppisch heiter; vielfach sind Stereotypien und Maniriertheiten vorhanden. Zum Sprechen ist Patient kaum zu bewegen, er sträubt sich gegen die Behandlung, bei einer Pregelinfusion äußert er einmal: „ein Mensch soll unschuldig getötet werden, das ist eine Schweinerei! Jesus Christus und Gott Vater hat es gesehen, jetzt ist ein Mensch unschuldig getötet worden. Warum bin ich schon einmal halb gestorben? Ich kann Euch sagen, betet nur einstweilen das Vaterunser. Aber ein Unschuldiger, aber auch ein Guter." — Auf die Frage, wie es ihm gehe, wiederholt er nur stereotyp in vorwurfsvollem Ton die Worte: „wie es geht", macht ungeduldige Abwehrbewegungen. Vorstellungsablauf verlangsamt, Haltung starr; kataton. Steht meist verdrießlich und interessenlos umher oder stiert zum Fenster hinaus, ist sehr abgestumpft. Wird, nachdem er vorübergehend etwas freier und zugänglicher war, am 31. 3. 1926, als ungeheilt, nach Pfafferode überführt.

Man wird diesem Fall von vornherein mit einigem Mißtrauen begegnen. Abgesehen von einer, wenn auch nicht sicher gleichartigen, erblichen Belastung war hier das Trauma kaum so schwerwiegend, als daß es aus sich allein zur Psychose geführt hätte, wenn es nicht auf einen schon irgendwie vorbereiteten Boden gestoßen wäre.

Ein verständlicher Zusammenhang wäre etwa so zu denken, daß der wohl schizoid-schizophren veranlagte Lehrling S. seinen Beruf infolge körperlicher Schwäche nur unter Anspannung aller Kräfte ausfüllen konnte. Das Anfahren der Frau wurde neben einer gewissen Schreckwirkung der Anlaß zu gewissen Insuffizienzideen, deren Keim eben schon vorher angelegt war. Schließlich ging die Psychose von dem Erlebenis aus, welches dann den letzten Anstoß zu dem nunmehr unaufhaltsam fortschreitenden Zerfall bildete, wie er dem Bilde einer echten Schizophrenie entspricht.

Fall 7. Die Haustochter Anneliese F. hatte geschlechtlichen Verkehr mit einem Vetter. Bald darauf traten Beziehungsideen auf, sie sei geschlechtskrank und verseucht. Sie suchte deshalb die Frauenklinik in Halle auf, gab dort an, „sie sei von B. aus angesteckt worden", ohne aber Verkehr gehabt zu haben. Der Mann, von dem sie die Geschlechtskrankheit habe und den sie nicht kenne, habe schon ganz Halle angesteckt. In einem Brief an ihre Tante schrieb sie u. a., sie sei hier in H., um zum Nervenarzt zu gehen. Nun habe sie sich hier von dem frechsten Menschen geschlechtskrank machen lassen. Was ihre Eltern und Geschwister dazu sagten, sei gleichgültig; die Hauptsache sei, daß das Schwein herunterkomme. Ihr Vater behandle sie immer wie seine Geliebte, dabei könne man blödsinnig werden. Sie warte jeden Tag darauf, in ein Krankenhaus aufgenommen zu werden. Sie bekomme jeden Tag etwas Neues in ihren Körper; Schlamm, Geschlechtskrankheit, Syphilis, Weißfluß, Gift, Nicotin; und kein Arzt könne ihr helfen. Sie sei so oft dagewesen, aber immer habe man sie abgewiesen. Ihr Vater wünsche, daß sie verludere, in der Herberge verkomme und betteln müsse. Wird am 16. Juni 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Großeltern mütterlicherseits waren Base und Vetter. Pastorenfamilie. Geisteskrankheiten nicht bekannt. Patientin hatte als Kind Masern und Lungenentzündung, entwickelte sich normal, schloß mit der 1. Klasse des Lyzeums ab. War immer sehr wankelmütig in ihren Entschlüssen bezüglich eines Berufs. Vor $1^1/_2$ Jahren trat schon einmal eine gewisse Verwirrtheit auf, wobei nach Angabe des Hausarztes das sexuelle Moment eine Rolle gespielt hat. Dasselbe soll vom

Vater herrühren. Patientin soll schon sehr früh geschlechtlichen Verkehr gehabt haben, im letzten halben Jahre soll sie öfters von Hause weggelaufen sein.

Auf der Klinik äußert Patientin dieselben Wahnideen, sie sei verseucht, kenne aber den Mann, der sie angesteckt habe; derselbe habe sich in ihre Familie eingedrängelt. Gibt zu, Stimmen zu hören, auch von dem, der sie geschlechtskrank gemacht hat. In der Folge Stimmungslage häufig wechselnd; läppisch, bald negativistisch, zerfahren, mitunter agressiv. Weiterhin werden dieselben Wahnideen wie oben geäußert. Gegen Ende ihres Klinikaufenthaltes tritt eine leichte Besserung ein. Patientin ist traurig und weint viel. Wird inzwischen unter der Diagnose Hebephrenie nach Altscherbitz überführt.

Offenbar bestand schon früher eine schizoide Veranlagung bzw. schizothyme Persönlichkeitsänderung, wobei unter anderem die frühe Sexualität der Patientin eine Rolle gespielt haben mag. Schließlich geht die Psychose von einem sexuellen Erlebnis aus, das in wahnhafter Weise verarbeitet wird, wie überhaupt (nach *Kretschmer*) mindestens „dreiviertel aller Seelenstörungen auf Sexualkomplexen beruhen". Die Erlebnisinhalte bilden einen wesentlichen Bestandteil der Psychose und es besteht sowohl ein kausaler wie ein verständlicher Zusammenhang. Dagegen entsprechen der bisher ungünstige Verlauf und das Stimmenhören mehr dem Bilde einer echten Schizophrenie, wenn auch letztere ebenso wie andere schizophrene Symptome bei schizophrenen Reaktionen vorkommen können. Bemerkenswert wäre dazu noch, daß in den Halluzinationen auch die Person, an welche das Erlebnis anknüpft, eine Rolle spielt.

Fall 8. Die Köchin Eliese B. erkrankte im Anschluß an eine aufgelöste Verlobung, worüber sie sich viel Gedanken gemacht hatte, an Schmerzen und Zucken im Kopf. Äußerte, sie habe das Gefühl, als ob sie ganz ausgehöhlt wäre. Hatte Beziehungsideen, glaubte, die Leute sprächen über sie. Hörte Stimmen, saß oft still vor sich grübelnd da, war zeitweise erregt, nachts unruhig; stand öfter auf, klagte über Luftmangel, es drücke sie so in der Brust, sie finde keine Ruhe usw. Wird am 12. 11. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Mutter nervös, angeblich aus Gram über die Tochter, sonst keine Heredität. Normale Entwicklung. Leidliche Schulerfolge. Später als Dienstmädchen und Köchin tätig. Als Kind Masern und Scharlach. War schon immer für sich, verschlossen, hatte wenig Freundinnen, ging ungern zum Tanz, von jeher nervös. In ihren Stellungen hielt sie lange aus. Vor 5 Jahren ähnlicher Zustand wie jetzt, erholte sich bald in einem Sanatorium in Fichtenwald. Damals auch rotfleckiger Körperausschlag, Blut-W. A. —

Auf der Klinik äußert Patientin weiterhin Beeinträchtigungsideen, ihre Stimmungslage ist meist indifferent, zuweilen läppisch-heiter. Gedankenablauf hochgradig zerfahren; Patientin hat optische und akustische Halluzinationen, auch Körpersensationen, neigt dadurch zu impulsiven Handlungen, ist sonst affektiv stumpf. Orientierung leidlich. Gut erhaltener geistiger Besitzstand. Mitunter Größenideen. Arbeitsunlust. Wird am 8. 4. 1926 als ungeheilt nach Nietleben überführt.

Für die Entstehung der Schizophrenie ist offenbar auch in diesem Falle Veranlagung maßgebend gewesen, während die aufgelöste Verlobung in die Reihe derjenigen seelischen Disharmonien zu stellen wäre, welche (nach *Kretschmer*) im Sexualtrieb ihre Wurzel haben und reaktive

Psychosen bzw. Schübe veranlassen können. In dem formellen Inhalt der Psychose herrschen die eigentlichen schizophrenen Symptome, d. h. assoziative und affektive Störungen, Halluzinationen, vor; auch der ungünstige Verlauf wäre dem einer echten Schizophrenie eigentümlich.

Fall 9. Die ledige Paula B. wurde vor 6 Jahren kurz nach der Geburt eines Kindes von ihrem Bräutigam im Stich gelassen. Dies nahm sie sich sehr zu Herzen. Den Angehörigen fiel damals auf, daß sie teilnahmlos wurde, immer ruhig dasaß, kein Interesse für ihre Umgebung zeigte, nur wenig sprach, nicht ausging, wenig aß. Dieser Zustand wurde allmählich immer schlechter. Mitunter regte sich die B. über Kleinigkeiten auf, zerriß Sachen, zerschnitt Kleider, schlug aber nichts entzwei. Über ihr wohnte eine Frau, von dieser behauptete sie, die ließe sie nicht in Ruhe (obwohl dieselbe sich gar nicht um die B. kümmerte), schlug mit dem Besen an die Decke, schimpfte viel. 1924 hier poliklinisch untersucht. Befund: stupurös, Reaktionszeit stark verlangsamt. Keine Katalepsie. Diagnose: Katatonie. Wegen Platzmangels damals nicht aufgenommen. Der Zustand blieb weiterhin derselbe. Sie saß den ganzen Tag tatenlos umher, gab jedoch auf Fragen ganz vernünftig Antwort; kümmerte sich nicht um ihr Kind, wusch sich nicht von selbst, verwirrte sich die Haare, ließ die Kleidung verludern, lachte mitunter ohne Ursache, auch nachts im Bett, grimassierte zeitweilig, war sonst nicht aggressiv. Wird am 11. 12. 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Vater früher Potator. Geburt und Entwicklung normal. Keine Kinderkrankheiten. Gute Schulerfolge. Später Aufwärterin; machte ihre Arbeit zur Zufriedenheit der Herrschaft. War früher ein fröhliches, frisches Mädchen, hatte Freundinnen, war kein Einspänner, ging zum Tanz, liebte die Geselligkeit; indes von jeher sehr eigensinnig. Erste Regel mit 17 Jahren, fast immer unregelmäßig und sehr schwach. Vor 6 Jahren eine normale Geburt, Kind lebt, ist gesund.

Auf der Klinik ist Patientin ruhig und geordnet, liegt in maskenartiger Starre, mit angezogenem Kopf, im Bett, Mimik leblos. Nimmt kein Interesse an der Umgebung, macht einen gleichgültigen apathischen Eindruck, ist örtlich und zeitlich orientiert, gibt über ihre Personalien hinreichend und fließend Auskunft. Die Sprache selbst ist monoton; die Mutter habe sie hierhergebracht, weil sie das Kind habe und arbeitslos sei. Fühlt sich selbst nicht krank. Wird im Lauf der Unterhaltung immer wortkarger, kaut auf den Lippen herum, gibt keinerlei Antwort mehr. Zuweilen erfolgt ein Verlegenheitslächeln. In der Folge hält dieses Bild vor, Patientin hat für nichts Interesse, sitzt tatenlos umher; Stimmungslage indifferent, gibt selbst an, nicht traurig zu sein; Affekt ziemlich schwach, auch bei Fragen nach ihrem Kind keine Reaktion. Ihr schlechtes Essen erklärt sie dadurch, daß sie keinen Hunger habe. Macht im großen einen ziemlich imbezillen Eindruck, bietet sonst nichts Auffälliges, das für die Annahme einer bestehenden Geisteskrankheit spräche. Bittet einförmig, nach Hause entlassen zu werden, was am 27. 12. 1926 (nach Verständigung der Mutter) geschieht.

Auch hier handelt es sich unseres Erachtens um ein durch das psychische Trauma veranlaßtes katatones Krankheitsbild, welches allmählich ohne besonders hervortretende schizophrene Symptome in geistige Verblödung, ähnlich wie bei der „Dementia schizophrenica" *Bornsteins*, übergegangen ist. Ein rein kausaler Zusammenhang mit den somato-psychischen Einflüssen der Geburt und des Wochenbetts wäre daneben denkbar.

Fall 10. Die 20jährige Frida S. wurde im Anschluß an eine Auseinandersetzung mit ihrem Bräutigam im August 1926 traurig, weinte viel, zog sich zurück.

Kurz darauf löste derselbe brieflich unter nichtigen Vorwänden die Verlobung. Seitdem war die S. verwirrt, gab verkehrte Antworten, sagte, sie höre ein Vögelchen piepen, sie sei selbst ein Vögelchen. Sprach dauernd von ihrem „Erich" (dem Verlobten), er solle ihr helfen, auch nachts: „Erich, bist Du da, Erich, komm" usw., „telephonierte" mit ihm, wollte fort, aß in letzter Zeit nichts mehr, befolgte Aufforderungen nicht, trank nur ab und zu Zitronenlimonade mit den Worten „wir trinken nur Wein." Negativistisch, hielt auch Stuhl im Urin zurück. Am 4. 10. 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Erblich nicht belastet, etwas englische Krankheit, sonst normal entwickelt, stets gesund, gute Schulerfolge. Von jeher eigen und peinlich, sehr empfindlich. Meist für sich, ernst, in sich gekehrt. Erst Regel mit 15 Jahren, ohne Befund. Später als Stenotypistin tätig. Seit $3^1/_2$ Jahren verlobt.

Auf der Klinik ist Patientin im Anfang sehr unruhig, redet anscheinend völlig sinnlos vor sich hin, mit monotoner Stimme, ohne jeden Affekt, auch bei Fragen nach ihrem Bräutigam: „Der ist verlobt." (Haben sie zusammen verkehrt?) „Ja, das war es eben, wegen der kleinen Füßchen; da läuft ein Kopf mit 2 Beinen herum. Nun bleiben Glaube, Liebe, Hoffnung, diese drei. Wir wollen uns doch baden, und diese sind durch viele Hände gelaufen". Meint einmal, ihr Bräutigam sei hierher zu ihr geflogen, fragt gelegentlich spontan, was denn nur eigentlich los sei, warum denn Erich immer noch nicht komme. Im übrigen antwortet sie auf die meisten Fragen stereotyp „wie?" oder „bitte?", gibt an, Stimmen zu hören, sonst ist keine weitere Auskunft über ihr Innenleben zu erhalten. Stimmungslage meist indifferent, öfter weinerlich, mitunter negativistisch-autistisch, dann wieder läppisch; verkennt Personen, verweigert zeitweise die Nahrung, muß gefüttert werden, läßt Stuhl und Urin unter sich, sitzt oder steht oft in deutlicher katatoner Haltung untätig herum, zu keiner Arbeit zu veranlassen. Wird am 31. 12. 1926 nach Nietleben überführt.

Es handelt sich offenbar um eine echte Katatonie. Veranlagung muß im vorliegenden Falle wohl angenommen werden. Dagegen dürfte das psychische Trauma eine auslösende Rolle gespielt haben. Wir hätten dann einen durch ein einmaliges Erlebnis veranlaßten Krankheitszustand vor uns, dessen Inhalte wenigstens teilweise dem kurz vorangegangenen Erlebnis entnommen sind. Die aus diesem hervorgegangenen Komplexe treten auch in den Stereotypien der Kranken deutlich zutage. Der ungünstige Ausgang spricht für den Ablauf einer echten Schizophrenie.

Fall 11. Die Landwirtstochter Frida K. erkrankte vor einem Jahr an einer Grippe. Seitdem wiederholt, aber immer nur vorübergehend, auffällig in ihrem Verhalten. Am 9. 4. 1925 fuhr sie in ein Pensionat nach S., um das Kochen zu lernen. Kam am Ostersonntag den 12. 4. 1925 nach Hause, fiel durch große Geschwätzigkeit, Erregtheit und Überschwänglichkeit auf, fuhr abends wieder zurück. Am 14. 4. 1925 wurde ihre Mutter antelephoniert, mit ihrer Tochter sei es nicht recht. Die Mutter fuhr darauf hin, erfuhr, daß die Tochter einen Braten hätte anbrennen lassen und sich übergeschäftig gezeigt habe, indem sie ihr nicht zukommende Arbeiten verrichtete. Die K. wurde darauf bei Verwandten in S. gelassen, schlief dort bis 1 Uhr nachts, redete dann fortwährend unzusammenhängend; desgleichen den ganzen nächsten Tag, meinte, sie wäre hypnotisiert, wir müßten einen Kaiser haben, Deutschland wäre jetzt heruntergekommen, müßte wieder hochkommen durch die Arbeit, der liebe Gott werde uns dazu helfen, betete und sang mitunter. Wurde am 15. 4. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Normal entwickelt. Keine Kinderkrankheiten. In der Dorfschule gut mitgekommen, später in der elterlichen Landwirtschaft tätig,

immer flott und tüchtig gearbeitet. Menses o. B.. Keine Charakterabnormitäten. War gesellig, liebte Tanz, hatte Freundinnen. Indes von jeheretwas eigensinnig und empfindlich; hatte nie einen Schatz.

Bei der Aufnahme sträubt sich Patientin heftig, gegenüber Fragen ablehnend. Keine Krankheitseinsicht. Ist weiterhin sehr erregt, läppisch, inkohärent. Ein bestimmter Ideenkomplex ist nicht erkennbar; Gott und Vergebung tauchen immer wieder auf. Seither vorwiegend autistisch abgesperrt, negativistisch, halluziniert stark, verweigert das Essen, schmiert mit Urin und Kot. In letzter Zeit etwas freier, ruhig und geordnet, hilft auf der Station, will gesund werden, wieder arbeiten. Ab und zu noch läppisch, auch autistisch ablehnend. Die anfänglich starke Gewichtsabnahme hat sich gebessert; Herztätigkeit noch etwas schwach. Wird am 15. 7. 1920 als ungeheilt (mit Revers) nach Hause entlassen.

Wir sind geneigt, hier eine schon bestehende Anlage zu dem schizophrenen Prozeß anzunehmen, wozu möglicherweise die seinerzeit durchgemachte Grippe, durch lokale Schädigungen, beigetragen hat. Die Entfernung von Hause, das Hinaustreten in eine fremde ungewohnte Umgebung und Verhältnisse schufen offenbar die Gelegenheit zur psychotischen Umwandlung der Persönlichkeit, indem sie bei der Betroffenen einen Mißklang zwischen ihrer Introversion und der Außenwelt hervorriefen, welcher ihre autistischen Tendenzen herausforderte und auf ihre gesamte Psychik disharmonisch, zerstörend, wirkte. Der formelle Inhalt der Psychose weist als typische schizophrene Symptome assoziative, sowie affektive Störungen und Halluzinationen auf, welch' letztere vielleicht wiederum durch ihre besondere autistische Gedankenrichtung bedingt werden. Über den weiteren Verlauf läßt sich im vorliegenden Falle noch nichts Sicheres aussagen.

Fall 12. Frau Frida P., 33 Jahre alt, hatte Anfang Oktober 1926 heftigen Streit mit ihren Wohnungsnachbarn, die sie als „Hure" beschimpften; danach fanden zahlreiche Aussprachen und Verhandlungen vor dem Wohnungsamt statt. Über alles das regte sich Frau P. sehr auf. Ende Oktober wurde sie verwirrt, hatte Beeinträchtigungsideen, sagte zu ihrem Mann, sie sollten sich trennen, die Möbel verkaufen und fortziehen, sie müsse von ihrem Manne weg, sei ein geistig anormales Kind, die Leute zeigten mit Fingern auf sie, sie sei ein unanständiges Mädchen. Hielt bei einer Bahnfahrt 3 Mitreisende für Kriminalbeamte, die sie verhaften sollten. Verweigerte die Nahrung, kam deshalb am 11. 11. 1926 ins Diakonissenhaus Halle, war dort ruhig, verweigerte jedoch weiter die Nahrung, meinte, die Menschen seien alle so schlecht, glaubte, ihre Mutter sei gestorben, bezog alles auf sich, was die andern Kranken sprachen. Wurde am 4. 11. 1926 in die hiesige Klinik eingewiesen.

Vater Potator, ein Sohn eines Bruders der Mutter verübte Suicid, eine Schwester der Patientin ist leicht erregbar, war kurze Zeit in Nietleben. Normale Entwicklung, leidliche Schulerfolge. 1. Regel sehr früh, mit 13 Jahren, unregelmäßig, dysmenorrhoisch. 1917 im Diakonissenhaus wegen Unterleibsleiden operiert, vor der Verheiratung als Köchin in Stellung. Jetzt im Diakonissenhaus machte Patientin einen schläfrigen, gedrückten, schwach besinnlichen Eindruck, weinte oft, gab als Grund an, daß sie Streit mit der Nachbarin gehabt habe; diese habe u. a. „Hure" zu ihr gesagt. Zeigte ein maniriertes Wesen, verweigerte tagelang die Nahrung.

Auf der Klinik ist Patientin zunächst ruhig, aber deutlich depressiv, ein wenig sentimental. Gibt auf Fragen mit leiser, monotoner Stimme Auskunft. Erzählt

von ihrem Streit dasselbe wie oben, meint dann, ihr Mann habe sie verlassen, weil er ihr den Ring abgezogen habe. Die Leute hätten gesagt, ihre Eltern seien arm und sie müßten in die Baracke ziehen, auch ihr Mann habe sie verfolgt. Während ihrer Dienstzeit als Köchin habe sie von einem Schulfreund einen Heiratsantrag bekommen, diesen aber abgewiesen. Der Freund habe mit ihrem Manne unter einer Decke gesteckt, sie sei immer verfolgt worden. Deswegen habe sie ihr Mann auch bloß geheiratet, obwohl er eine andere Liebste gehabt hätte. Einmal sollte sie wohl von der Polizei ausgehorcht werden, sie habe in ihrer Dummheit alles gesagt — wenigstens denke sie sich das so. In der Folge ist Patientin abwechselnd ruhig oder ängstlich erregt, äußert Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, auch gegen ihre Umgebung, ist sehr klaghaft und weinerlich, doch i. a. ziemlich affektarm und indifferent in ihrer Stimmungslage, stumpf und stereotyp. Wird am 5. Dezember 1926 (auf Drängen des Mannes) gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen.

Man darf diesen Fall wohl dem schizophrenen Formkreis zurechnen und eine schizoide Anlage bzw. einen schizophrenen Prozeß als schon bestehend annehmen. Demnach gab das Erlebnis hier nur den letzten Anstoß zur offenen Psychose, vielleicht indem es einem bereits in seinen Anfängen bestehenden Wahnsystem der Betroffenen entgegenkam. Ein verständlicher Zusammenhang ist aus dem Eingehen des Erlebnisinhalts in die Psychose erkennbar; daneben sind solche auch dem früheren Leben der Patientin entnommen und zum Teil in wahnhafter Weise verarbeitet, ohne daß dieselben deswegen einen ausschlaggebenden Erlebniswert für den Eintritt in die Psychose gebildet haben müßten. Immerhin kann es sich hier um die Aufdeckung früherer Komplexe handeln, denen im Rahmen der bestehenden Psychose ein neuer Wirklichkeitswert zubemessen wird. Der noch nicht zum Abschluß gelangte, bisher zweifelhafte, einer Schizophrenie gleichende, Verlauf würde nicht gegen eine reaktive Psychose sprechen, da ja auch bei einer solchen dauernde Umwandlungen der geistigen Persönlichkeit zurückbleiben können.

Fall 13. Der Bergmann Walter P. wurde im Herbst 1925 von seiner Frau, angeblich wegen Mißhandlung, (die vom Vater des P. bestritten wird) verlassen. Seitdem war P. psychisch verändert. Er befand sich dauernd in einem gedrückten Gemütszustand, verfiel häufig in unmotivierte Weinkrämpfe, schlief nachts nicht, hatte keine Lust zur Arbeit und Wandertrieb. Kam deswegen zur Beobachtung ins Eislebener Knappschaftskrankenhaus. Dort wurde er nachts auf einer anderen Station angetroffen, ohne daß er hierfür einen Grund angeben konnte. Bei Tage lag er meist stumpf im Bett, war nur zu leichten Handreichungen auf der Station zu bewegen. In letzterer Zeit wurden häufig onanistische Excesse — auch bei Tage — beobachtet. P. wurde am 25. Februar 1926 hier aufgenommen.

Keine Heredität. Normale Entwicklung. In der Schule einmal zurückgeblieben. Nie besonders auffällig, keine besonderen Erkrankungen durchgemacht. Aus der Ehe stammen 2 gesunde Kinder. Zu deren und zum Unterhalt der Frau ist P. verpflichtet.

Auf der Klinik ist P. ruhig, leidlich orientiert, beantwortet an ihn gestellte Fragen. Er sei in Eisleben in andere Säle gelaufen, weil er nicht richtig im Kopf sei. Er sei seit ein paar Tagen nicht richtig im Kopf. Das sei durch Aufregungen entstanden; einen Grund dafür weiß Patient jedoch nicht anzugeben. Seine Frau

habe ihn in Stich gelassen, doch sei nicht er, sondern sie selbst daran schuld. Er wolle seine Frau nicht wiederhaben, sondern eine andere nehmen, wenn er sie bekomme. Patient fällt durch eine ausgeprägte affektive Leere und einen vollkommenen Mangel an Initiative auf. Diese bestehen auch in der Folge, doch werden Fragen beantwortet. Im übrigen zeigt Patient wechselnd ein leicht katatones Verhalten, steht herum, betätigt sich kaum, äußert keine Wünsche, ist dann wieder grundlos heiter, begrüßt den Arzt stets mit vergnügtestem Lachen. Verödet sichtlich in seinem Affektleben und in seiner Intelligenz. Nimmt fast 20 Pfd. an Gewicht zu. Spricht fast gar nicht, ist vollkommen teilnahmlos, wunschlos, lächelt leer und läppisch. Wird am 17. 5. 1926 (als etwas gebessert) nach Haus entlassen.

Unter dem 25. 6. 1926 teilt die Mansfelder Knappschaft mit, in dem Zustand des seinerzeit als arbeitsunfähig entlassenen P. sei bisher keine Änderung eingetreten. Weitere Nachrichten fehlen.

Bei fehlender erblicher Belastung bzw. früherer Zeichen von Veranlagung entwickelt sich im Anschluß an das Verlassen der Ehegattin ein schizophrenes Zustandsbild, dessen psychotische Inhalte im verständlichen Zusammenhang mit dem äußeren Ereignis stehen bzw. demselben entnommen sind und welches sich durch eine mäßige Verblödung charakterisiert. Falls nicht das Verlassen der Frau auf eine vorherige, dem Außenstehenden vielleicht unbemerkt gebliebene Veränderung des Gatten zurückzuführen und der Beginn der Erkrankung also bereits auf einen früheren Zeitpunkt zu verlegen ist, könnte man im vorliegenden Falle wenigstens praktisch von einer Verursachung des gegenwärtigen Krankheitsbildes durch das psychische Trauma sprechen. Stürmische schizophrene Symptome treten hier kaum zutage. Indes bleibt eine dauernde geistige Veränderung und Verarmung zurück.

Fall 14. Die Elektrikersehefrau Olga E. wurde im Sommer 1924 von einem Zahntechniker, bei dem sie in Behandlung stand, zum außerehelichen Beischlaf gezwungen. Indes später wiederholte sie diesen noch einmal mit demselben. Sie verschwieg das zunächst ihrem Manne und wich ihm aus, weinte jedoch viel, war niedergeschlagen und sagte es ihm endlich. Nunmehr hielt sie die Ehe für ungültig, hatte Furcht, glaubte geschlechtlich infiziert zu sein; der Techniker hatte ihr gesagt, sie sei von ihm geschlechtskrank geworden und solle deshalb schnell mit einem gesunden Mann verkehren, jedoch nicht zum Arzt gehen. Sie ging aber doch zu diesem. Ärztlicherseits wurde keine Geschlechtskrankheit festgestellt. Trotzdem kehrten, nach einer Scheidenvorfalloperation 1925, die Angstideen davor wieder. Patientin äußerte auch Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen, machte sich Selbstvorwürfe, glaubte, die Leute sähen ihr den Ehebruch an, ihr Mann käme nicht wieder zu ihr zurück, sie sei von aller Welt verstoßen, sie dürfe in kein Geschäft, überhaupt nicht aus der Wohnung und zu Leuten gehen. Seit Februar 1926 vernachlässigte sie auch ihren Haushalt. Äußerte schließlich Verfolgungsideen und Selbstmordabsichten. Einmal sprang sie aus dem Fenster, ließ sich aber beeinflussen, besserte sich nach einer Aussprache mit einer Schwester in den letzten 14 Tagen etwas. Wurde am 18. März 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Mutter soll „nervenschwach" sein, sonst keine Heredität. Normale Entwicklung. Keine Kinderkrankheiten, gute Schulerfolge. Später als Wirtschafterin in der Landwirtschaft tätig. Als Kind immer verträglich. 1. Regel mit 16 oder 17 Jahren, immer regelmäßig; in letzter Zeit öfter Störungen. 1916 geheiratet, Ehe gut. 3 normale Schwangerschaften, keine Fehlgeburt. Im März 1925 Scheiden-

vorfalloperation. Patientin soll schon immer etwas schwankend in ihren Entschlüssen und Stimmungen gewesen sein; während der Inflation hatte sie mit Sorgen ums tägliche Brot zu kämpfen.

Auf der Klinik ist Patientin unruhig, geht häufig aus dem Bett, verlangt ihre Kleider, will zu ihren Kindern, verweigert das Essen, ist sichtlich deprimiert, zeigt ein ängstlich-scheues Wesen; gibt sonst leidlich Auskunft, ist orientiert. Auf die Frage nach ihrer Krankheit gibt sie an, sie „sei nervenkrank, an Hypnose erkrankt" und zwar „sei sie von einem Zahntechniker hypnotisiert worden, der sie in seine Gewalt bringen wollte. Sie stehe auch jetzt noch unter Hypnose, sei in der einen Minute klar, in der anderen wieder wie betäubt." Erzählt in etwas verworrener Weise das Erlebnis mit dem Zahntechniker (der später wegen Abtreibungen und Verfehlungen an Patientinnen verhaftet wurde), wiederholt sich dabei öfter, drückt sich auch sehr weitschweifig und primitiv aus. Sie glaube, ihr Mann wolle sich von ihr scheiden lassen; die Leute hätten sie verachtet und beschimpft. Suicidversuch wird in Abrede gestellt. Ihre Stimmung ist in der Folge sehr wechselnd, vielfach gedrückt, reizbar, dann wieder läppisch-heiter, mitunter jäh aufbrausend. Ihr Vorstellungsablauf ist eher gehemmt, sie hört offenbar Stimmen, verkennt zeitweise ihre Umgebung, hat Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen: „sie werde beschmutzt, entehrt und getreten, man mache ihr ehrlose Augen. „Die Wahnideen haben vorwiegend einen erotischen Charakter und stehen vielfach im Zusammenhang mit dem erwähnten sexuellen Erlebnis. Auch die Ereignisse aus ihrer Wirtschaftszeit in Ostpreußen während des Krieges werden in wahnhafter Weise verarbeitet, wobei erotische Vorstellungen die Hauptrolle spielen: sie sei entehrt und als Offiziersgeliebte geführt worden, die Leute hätten immer gesagt: „ die alte Sau, die alte Sau" und zum Zahnarzt sei sie so geschafft, daß sie auf der Straße hypnotisiert worden sei. Ihr Gedankenablauf ist mitunter hochgradig zerfahren, ihre Urteilskraft herabgesetzt, das Gedächtnis ganz gut. Die Nahrungsaufnahme ist, infolge der wahnhaften Vorstellungen: „es sei alles schmutzig," mangelhaft. Zeitweise besteht Neigung zu Gewalttätigkeiten. Patientin verlangt öfters nach Hause, zu Mann und Kindern. Schreibt ihm, sie habe ihn nicht hintergangen, sondern ihm alles gesagt, und ihre Kinder hätten keine ehrlose Mutter, ihr Mann solle ihr doch helfen. Körperlich sieht Patientin blaß und elend aus, die Periode ist sehr unregelmäßig, mehrere Monate ganz ausgeblieben. Patientin wird am 3. Juli 1926 als ungeheilt (gegen strengen Revers) nach Hause entlassen.

Wir sehen ein schizophrenes Zustandsbild sich im Anschluß an das äußere Erlebnis entwickeln und vorläufig — nach geringer Besserung — anhalten. Die verständlichen Zusammenhänge sind sehr deutlich ausgesprochen; der Erlebnisinhalt geht in die Psychose ein, ja, er bildet die Psychose. Niedergeschlagenheit üben den vermeintlichen Ehebruch und Furcht vor der Geschlechtskrankheit bilden das Wahnsystem; damit im Zusammenhang stehen die Minderwertigkeits- und Verfolgungsideen; entsprechend kehren in den Halluzinationen komplexbetonte Bilder wieder. Daneben werden Ereignisse aus ihrer früheren Lebensperiode in Ostpreußen in wahnhafter Weise in den Inhalt der Psychose hinein verarbeitet, ohne daß denselben ein bestimmter Erlebniswert für die jetzige Psychose zuzusprechen wäre. Frühere Sorgen und Unzulänglichkeiten mögen immerhin eine vielleicht bestehende Anlage verstärkt haben; die durchgemachte Operation mag weiterhin als okkasionelles Moment umstimmend auf Physis und Psyche der Betroffenen eingewirkt haben. In die offene Psychose wurde dieselbe aber zweifellos erst durch

das jetzt vorangegangene Erlebnis hineingetrieben, aus welcher sie dann auch durch die (gegenteiligen) Versicherungen des Arztes und der Familie nicht mehr gerettet werden konnte. In diesem Sinne sind wir auch hier geneigt, praktisch von einer Verursachung der Psychose durch das psychische Trauma zu sprechen.

Fall 15. Die Kutschersehefrau Anna M. wurde im Mai 1925 zum 7. Male schwanger. Von Anfang der Gravidität an war sie sehr ärgerlich, äußerte immer wieder: „warum mußte mir das gerade passieren", geriet allmählich in einen Erregungszustand, bekam Beziehungsideen, glaubte, man lache sie aus und spräche über sie. Infolge zunehmender Verschlechterung wurde sie im September 1925 ins Krankenhaus in Weißenfels gebracht. Dort zeigte sie ein wechselndes Verhalten. Bald war sie vollständig verwirrt, bald wieder klarer, zeitlich und örtlich orientiert. Wurde nach mehreren Wochen als gebessert nach Haus entlassen. Da wieder von neuem erregt. Zeigte kein Interesse für ihre Wirtschaft, war nicht mehr so aufmerksam wie früher gegen Mann und Kinder; war auch eifersüchtig, glaubte, ihr Mann habe anderen Verkehr, schimpfte zeitweise auf ihn. Seit Mitte Oktober hörte sie auch Stimmen, sprach oft, wenn niemand im Zimmer war, lauschte in eine Ecke desselben, antwortete, obwohl sie nicht gefragt war. Nachts schlief sie wenig, aß leidlich, war sauber. Wurde am 31. Oktober 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Über Kindheit und Kinderkrankheiten nichts Besonderes bekannt. Leidliche Schulerfolge. Nach der Schulzeit als Dienstmädchen in Stellung, hat ihre Stellen nicht oft gewechselt, war verträglich, liebte Geselligkeit, hatte Freunde, zeigte keinerlei Absonderlichkeiten. 1920 oder 1921 leichte Grippe, nachdem zeitweise Klagen über Kopfschmerzen. Keine Geschlechtskrankheit. Sechs normale Geburten, darunter keine schwere Entbindung, Wochenbettverlauf gut, Kinder leben. Ehe war glücklich, im Hause war Patientin sehr ordentlich.

Auf der Klinik zeigte sich Patientin ängstlich, schreckhaft und depressiv, ist über Ort, Zeit und Personalien ganz gut orientiert, gibt zögernd und mit leiser Stimme an, daß sie jetzt mit den Nerven und dem ganzen Körper kaput und deshalb von ihrem Mann zur Erholung hierhergeschickt worden sei. Weiß jedoch nicht, was das hier für ein Haus ist. Gibt zu, zu Hause Stimmen gehört zu haben, es sei eine Kinderstimme gewesen, weiß aber nicht mehr, was gesprochen wurde. Sie sei auch leicht erregt und schreckhaft. Ihre Auskünfte sind im ganzen spärlich und unklar. Patientin ist schwer zu fixieren, geht häufig nicht recht auf die Fragen ein, umschreibt meist. In der Folge verhält sie sich ablehnend, negativistisch, redet inkohärent, spricht sonst kaum, verweigert die Nahrung, sitzt untätig herum, ist zeitweise stark erregt, schreit, schimpft, verkennt Personen, hat offenbar Halluzinationen, hört ihre Angehörige sprechen, ist weiterhin aggressiv, insbesondere gegen den sie besuchenden Ehemann, gibt nachträglich an, sie sei deswegen auf ihn so schlecht zu sprechen, weil er den Anlaß zu ihrer nochmaligen Schwangerschaft gewesen sei, während sie selbst keine Kinder mehr haben wollte. Wird gegen Ende der Schwangerschaft ruhiger, ist aber weiterhin sehr zurückhaltend. Am 17. 1. 1926 erfolgt die normale Geburt eines gesunden Knaben. Wochenbettverlauf fieberfrei. Patientin ist seitdem wieder erregter und verwirrter, steigt aus dem Bett, erkennt das Kind nicht als das ihrige an, will es nicht stillen. Zeigt weiterhin ein stuporöses, negativistisches Verhalten mit psychomotorischer Hemmung und verlangsamtem Gedankenablauf, bei affektiver Stumpfheit und Apathie. Stimmungslage depressiv. Wiederholt stereotyp den Wunsch, nach Hause zu können, die Erfüllung desselben löst jedoch keinerlei gemütliche Reaktion bei ihr aus. Für ihr Kind zeigt sie keinerlei Interesse, steht ihm feindlich gegenüber. Wird am 2. Februar 1926 gegen Revers nach Hause entlassen.

Im Verlauf einer Schwangerschaft entwickelt sich hier eine Psychose mit deutlichen schizophrenen Zügen. Dieselbe klingt gegen Ende der Schwangerschaft ab, um mit der Geburt des Kindes von neuem zu exazerbieren, wenn auch dann in (endgültige ?) Besserung überzugehen. Fragt man sich nach der Wirkung der einzelnen in diesem Falle beteiligten Komponenten, so kann man wohl sagen, daß neben den direkten (außerbewußten, rein kausalen) Wirkungen der Schwangerschaft und der Geburt die psychischen Faktoren eine vornehmliche und ausschlaggebende Rolle spielten. Die Patientin empfand offenbar die nochmalige Schwängerung als besondere Schicksalshärte. Ihr Zorn kehrte sich nunmehr sowohl gegen ihren Mann, welcher die Ursache derselben war, wie gegen die Umgebung, welche von einem solchen Mißgeschick nicht betroffen war und von welcher sie sich nun verspottet glaubte, endlich auch gegen das zu erwartende Kind, gegen welches sie sich von vornherein feindlich einstellte. In der Klinik trat eine gewisse Beruhigung ein, doch schloß sich die Patientin weiterhin ab und behielt ihre Introversion bei. Hierin geschah eine plötzliche Wendung durch die Geburt des Kindes. Infolgedessen trat in akuter Weise der Mißklang mit der Außenwelt und dem gefürchteten nunmehr eingetretenen Ereignis zutage, dessen Träger in diesem Falle das neugeborene, ungewollte Kind war, mit dessen schreiender Anwesenheit die Patientin sich nunmehr auseinandersetzen mußte und welches ihre autistischen Tendenzen zur Evolution brachte. Damit gelangte die Psychose zum neuerlichen offenen Ausbruch. Bei fehlender Anlage bzw. früher nicht bemerkter Veränderung — abgesehen von den Einflüssen der Schwangerschaft, deren sechs indes die Patientin, ohne Schaden zu nehmen, durchgemacht hatte — sind wir somit auch in diesem Falle geneigt, einer wirklichen praktischen Verursachung durch das exogene Moment bzw. durch das psychische Trauma auf dem bereits labil gemachten Boden, das Wort zu reden. In formeller Hinsicht finden wir neben den aus den Komplexwirkungen entstandenen Autismen und Sperrungen, welche sich gelegentlich in außenweltfeindlichen Ausbrüchen äußern, auch affektive und assoziative Störungen. Die Halluzinationen tragen ebenfalls einen erlebnis- bzw. komplexbetonten Charakter.

Fall 16. Die ledige landwirtschaftliche Arbeiterin Anna W. gebar am 20. Januar 1926 ein Achtmonatskind. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. Das Kind hatte luetische Hautausschläge und starb nach 10 Wochen (in der Kinderklinik). Seitdem war Patientin traurig verstimmt, äußerte Lebensüberdruß, weinte nicht, war im allgem. ruhig und geordnet. Nachts hatte sie häufig Angstgefühle, stand auf und kam an das Bett des Vaters, war unruhig. Ferner traten auch „Anfälle" mit Zuckungen der Arme und Beine, Umsichschlagen, Schnaufen und Stöhnen, mitunter auch Einnässen, auf, im ganzen etwa 7. Wird am 27. 5. 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Vater sehr nervös, Tante der Mutter war in hohem Alter in einer Irrenanstalt, sonst keine Heredität. Entwicklung normal. In der Volksschule gut gelernt. Soll als Kind schon öfters Angstgefühle gehabt haben. War immer gut lenkbar,

meist aber zurückhaltend, dabei häufig traurig, ohne rechte Lebensfreude. Später als landwirtschaftliche Arbeiterin, bis Januar 1926, gearbeitet.

Auf der Klinik zeigt sich Patientin zunächst durchaus orientiert und macht zur Vorgeschichte sinngemäße Angaben. Als Kind habe sie Diphtherie gehabt, die Anfälle habe sie schon vom 10. Lebensjahr an und zwar immer nach Aufregungen; es käme ihr warm hoch, sie verspüre Herzklopfen, schreie laut auf, dann sei die Besinnung weg. Mit 15 Jahren 1. Regel, o. B. Seit Juni vorigen Jahres schwanger. Seit Oktober Ausfluß, gleichzeitig bemerkte Patientin „Blütchen" an den Geschlechtsteilen. Vom Arzt Syphilis festgestellt, mit Salvarsan behandelt. Nach Geburt des Kindes nochmals Salvarsankur. Seit der Geburt nicht mehr gearbeitet. Jetzt sei sie nervenkrank und wisse manchmal nicht, was sie spräche. Sie könne nicht arbeiten, weil die Nerven hin seien. In die Klinik sei sie gebracht, weil sie Syphilis habe. In letzter Zeit habe sie viel Aufregungen wegen des Kindes und Angst gehabt, daß der Vater sie herauswerfen werde. Derselbe sei sehr nervös und habe sie auch wiederholt geschlagen. — In den nächsten Tagen ist Patientin wenig zugänglich, zeigt mürrischen, verschlossenen Gesichtsausdruck, legt sich einmal quer über das Bett und streckt die Glieder von sich, wobei aber die Pupillen reagieren. Später wird sie ängstlich, etwas unruhig, gibt an, einen bösen Geist in sich zu haben, der sie behexe, die Gurgel müsse ihr vertrocknen. Weiterhin zeigt sie sich apathisch und interesselos, steht viel bewegungsarm herum, verweigert auch die Nahrung, so daß Sondenfütterung notwendig ist. Im weiteren Verlauf tritt nochmals ein Anfall auf, bei dem sie aufschreit, „eine Brücke baut", mit Händen und Füßen um sich schlägt, hustet und schnauft, doch bei Besinnung ist. Einmal versucht sie auch aus dem Fenster zu klettern und zu entweichen. Dieser Zustand bessert sich in der Folge, doch ist Patient noch traurig verstimmt, steht viel herum, hat wenig Antrieb, ist etwas ängstlich, weint mitunter, spricht spontan fast gar nicht; auf Fragen gibt sie nur mit leiser monotoner Stimme kurze Antworten. Nach Aufforderung hilft sie aber ganz gut bei kleinen Arbeiten mit, bessert sich weiterhin — insbesondere nach mehrmaliger Pregelinfusion — erheblich, ist noch etwas gedrückt und still, spricht spontan wenig, bietet keine sonstigen Auffälligkeiten, hat Sehnsucht nach Hause. Patientin ist etwas schwächlich und infantil, zeigt einen debilen Gesichtsausdruck; ausgesprochene Zeichen von Syphilis sind nicht nachzuweisen. Patientin wird am 19. 7. 1926 (als wesentlich gebessert) nach Hause entlassen.

Im Anschluß an das Wochenbett, und zwar hervorgerufen durch den Tod des Kindes, entwickelt sich eine depressive Gemütsverstimmung, welche deutliche katatone Züge aufweist. Eine ursächliche Beziehung zu der erworbenen Lues kommt wohl nicht in Frage. Dagegen wäre diese mit einer Reihe von Schädlichkeiten gleichzusetzen, welche im Laufe eines Jahres auf die Patientin eingewirkt hatten. Dieselben waren wohl vorwiegend psychischer Natur und wären in den mit der außerehelichen Schwangerschaft verbundenen Unannehmlichkeiten, der Angst und schlechten Behandlung durch den Vater, den Sorgen infolge der Arbeitsunfähigkeit usw. zu suchen. Die beschriebenen Anfälle waren wohl auch seelischer Natur und stellten den Ausdruck einer allgemeinen Unterwertigkeit und Schwäche des Organismus dar, dessen Widerstandsfähigkeit vielleicht weiter vermindert wurde durch die Einflüsse der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, welche die Patientin gegenüber den anstürmenden äußeren Ereignissen wehrlos machten. Bei bestehender schizoid-schizophrener Beanlagung mußten

diese auf die Psychik der Betroffenen in hohem Grade alterierend einwirken, so daß es nur einer weiteren Gelegenheit bedurfte, um eine psychotische Reaktion zu veranlassen, welche dann auch durch den Tod des Kindes bewirkt wurde. Nach Ablauf derselben kehrte die Betroffene annähernd zu ihrem früheren Zustand zurück. Von eigentlichen schizophrenen Zerfallssymptomen läßt sich im vorliegenden Falle nichts nachweisen. Indes ist in demselben eine gewisse Analogie zu dem oben beschriebenen „schizophrenen Reaktionstypus" enthalten.

Fall 17. Die 31 jährige Tischlersehefrau Olga E. hatte Ende Januar 1925, angeblich nachdem sie ein Bad genommen hatte, eine Fehlgeburt, ohne bettlägerig zu sein. 2 Tage darauf wurde sie plötzlich im Anschluß an den sonntäglichen Kirchgang sehr erregt. Äußerte zu Hause, sie habe jetzt den Weg zum Glück gefunden, ihr Mann solle sich doch keine Sorgen machen, er bekomme ein eigenes Heim und Geld. Klagte dann sich selbst an, daß sie gebadet und dadurch die Fehlgeburt verschuldet habe; sie habe es aus Not getan. Hatte starken Rededrang und lief viel im Haus und Dorf herum, verrichtete aber ihre Arbeit. Nach 3 Tagen Abklingen dieses Zustandes, normales Verhalten. Am 12. 2. 1926 neuerliche plötzliche Erkrankung. Die E. äußerte, das Geld habe keinen Wert mehr, kaufte unnötige Sachen ein, weil das Geld alle werden müßte. War sehr unruhig, sang meist heilige Lieder, wollte zum Tanz gehen, war dann wieder traurig und weinte; redete nachher stundenlang, meist über Vorgänge aus ihrem Leben. Die Mutter habe sie nicht lieb, ihr Vater habe für die Kinder gut gesorgt usw. In den letzten Tagen arbeitete sie nicht mehr, versuchte es zwar, war aber unbeständig und unruhig. Medizin verweigerte sie teilweise, glaubte, sie solle vergiftet werden, war nachts sehr unruhig, redete und sang viel. Wurde am 19. 2. 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Normale Entwicklung. Mit 5 Jahren Unterleibserkältung. Leidliche Schulerfolge. Als junges Mädchen schon immer still und zurückhaltend, jedoch nie besonders auffällig in ihrem Wesen oder Verhalten. Mit 18 Jahren großfleckiger Ausschlag an Armen und Beinen. 2 normale Schwangerschaften. Mann und Kinder gesund. Lues negiert.

Auf der Klinik läßt sich Patientin ohne Widerstreben auf die Station führen, äußert, sie habe nichts dagegen, wo man sie hinführe, nur Musik müsse dabei sein. Sie ist ziemlich lebhaft, redet unzusammenhängend, singt, zeigt im ganzen ein läppisch-heiteres, kindliches Verhalten, grimassiert stark. Ist sonst ganz gut orientiert, faßt Fragen richtig auf, schweift aber sehr ab, gibt an, zu Hause Stimmen, und zwar meist kindliche, gehört zu haben, die von oben kämen und sagten, daß sie nun ein schönes Haus bekäme und auch ein Kind. Sie habe auch Männer und den Teufel gesehen; häufig habe sie auch das Gefühl gehabt, daß sie „über den Besen springen" müsse. Hier höre sie häufig ihren Namen „Olga" rufen. Im übrigen steht sie ihrer jetzigen Situation gleichgültig und ohne tieferen Affekt gegenüber. In der Folge wechselt die Stimmung der Patientin zwischen läppischer Heiterkeit und ängstlichem Weinen. Sie beteuert immer wieder, daß sie doch nichts getan habe, sie habe nichts Böses gewollt, man solle doch sagen, was los sei, man solle ihr verzeihen. Hierher sei sie gekommen, weil sie einen ordentlichen Arzt und keinen Hurenarzt haben wolle. Spricht mitunter sehr inkohärent, ist auch zeitweise sehr erregt, äußert u. a.: „das hätte ich eher machen müssen und frech sein wie die andern; ich mußte aushalten für andere, die huren herum und ich mußte dafür büßen. Ich bin traurig, weil ich Eltern und Schwestern Schande angetan habe; was es auf sich hat, weiß ich." — „Sie können heiraten, wenn Sie wollen, ich habe Freude genug in S. Kein Mensch kann mir Schlechtes nachsagen. Was ich brauche, ist leicht zu bezwingen. So bin ich hereingekommen,

so gehe ich wieder heraus." Drängt stark nach Haus zu Mann und Kindern; sie sei lange genug zum Kohl, zum Hohn und Spott hier, weint, schimpft, ist sehr gereizt, dann wieder ruhiger, läppisch-albern, doch sprunghaft und inkohärent. Während der Menses stets besonders unruhig und lebhaft, singend und gereizt. In der letzten Zeit Besserung ihres Verhaltens; ist ruhiger, geordnet, beschäftigt sich, zeigt Interesse an ihrer Familie, hält sich jedoch meist für sich, drängt nach Hause. Wird am 27. 6. 1926 versuchsweise nach Hause entlassen.

Im Anschluß an die Fehlgeburt entwickelt sich hier ein schizophrenes Zustandsbild. Die Fehlgeburt als solche ist wohl kaum für die Entstehung der Psychose verantwortlich zu machen. Man würde ihre Bedeutung lediglich in einer Umstimmung des Organismus zu suchen haben, die einen günstigen Boden für die besondere Wirkung des begleitenden psychischen Traumas abgab. Dasselbe könnte auf verschiedene Weise zustande gekommen sein. Einmal wäre es denkbar, daß die Fehlgeburt von der Patientin als ein Mißgeschick empfunden wurde; auf der anderen Seite spielt offenbar der Schuldgedanke eine Rolle, gleich ob gewollt oder ungewollt. Neben diesem gehen Inhalte aus früherem Erleben in die Psychose ein und bilden das Wahnsystem. Es ist nicht sicher zu entscheiden, ob denselben eine entscheidende Bedeutung für die Entwicklung der jetzigen Psychose zuerkannt werden muß, vielleicht bestand aber schon längere Zeit eine Tendenz, welche auf das Betroffensein von der Schwangerschaft und deren Beseitigung hinauslief. Hervorgerufen wurde die jetzige Reaktion jedenfalls erst durch das Ereignis, welches die akute Abspaltung eines bestimmten Komplexes von der Psychik der Betroffenen bewirkte und sie unmittelbar in die Psychose hineinführte. Praktisch käme dies einer Verursachung des Krankheitsbildes gleich, welches — nachdem es während der Menses wohl aus irgendwelchen rein kausalen außerbewußten Zusammenhängen (Intoxikation?) akut exazerbierte — schließlich annähernd zur Norm zurückführt. Die Analogie zur reaktiven Psychose bzw. zu dem schizophrenen Reaktionstypus, der Schizothymia circumscripta *Bornsteins* oder dem psychischen Prozeß von *Jaspers* liegt nahe. Indes dürften die deutlich zutage tretenden rein schizophrenen Symptome, die Inkohärenz, die affektiven Störungen, die Beeinträchtigungsideen und die Halluzinationen, gegen einen rein psychogenen Vorgang sprechen. Immerhin scheinen letztere doch den zugrundeliegenden Komplex zu repräsentieren.

Fall 18. Die 28 jährige ledige Maria A. hatte am 6. 3. 1926 eine Spontangeburt, die 3 Tage dauerte und mit starken Schmerzen verbunden war; dabei erfolgte ein Dammriß, der genäht wurde. Da sich Fieber bis 39 Grad einstellte, kam sie ins St. Elisabethkrankenhaus in Halle. Sie hatte geschwollene Füße und Schmerzen in Fußsohlen und Kniekehlen. Das Fieber und die Ödeme gingen im Krankenhaus zurück, Patientin konnte nach einer Woche wieder aufstehen. Bereits am 21. 3. 1926 fiel dem Besuch auf, daß sie verwirrt sprach, desgleichen am 28. 3. 1926. Sie äußerte Angstgefühle, fühlte sich belauscht; beachtete den Besuch kaum, sprach nur wenig. Glaubte von den Mitpatienten belauscht zu werden. Am 31. 3. 1926 teilt das Elisabethkrankenhaus mit, die Patientin Maria A. sei seit dem Vortage plötzlich psychisch verändert, nachdem sie kurz zuvor den

Besuch des Bräutigams empfangen habe. Sie verhalte sich negativistisch, auch leicht gewalttätig gegen andere Patientinnen, sei abends nicht im Bett zu halten gewesen, habe deshalb ein Narkoticum bekommen. Wird am 31. 3. 1926 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Ein Bruder hat es, nach Schreck im Kriege, „mit den Nerven zu tun." Eine Schwester will seit einer Schwangerschaft „Herzkrämpfe" haben. Normale Entwicklung. Als Kind Masern. Volksschule mit gutem Erfolg besucht. Soll früher immer lustig und fröhlich gewesen sein, hat Vergnügungen mitgemacht und viel getanzt, sich nicht zurückgezogen, war nicht nervös oder besonders reizbar, nicht eigensinnig, hatte doch ein etwas „stilles Wesen" an sich. 1. Regel mit $12^1/_2$ Jahren, regelmäßig, stark, mit großen Schmerzen verbunden. Seit dem 14. Jahr hatte sie fast jedes Jahr Rose an den Beinen oder Armen, immer mit starkem Fieber, zuletzt vor 2 Jahren. In den ersten Monaten der Schwangerschaft täglich starkes Erbrechen, weiterer Verlauf gut, im letzten Monat schwollen die Füße stark an, so daß Patientin nicht mehr laufen konnte. Patientin zeigte während der Schwangerschaft kein auffälliges Verhalten, machte sich auch keine besonderen Gedanken über die Schwängerung.

Auf der Klinik verhält sich Patient. widerstrebend und negativistisch, autistisch, verweigert die Nahrung. Zuweilen macht sie einen Ansatz zum Sprechen, bringt aber nur einige unverständliche Worte mit leiser, flüsternder Sprache heraus: „Wer hat mich hierher gebracht", „mein Kind." Ihre Mimik ist bewegungsarm, ängstlich fragend, der Blick ziemlich starr. Dieses Zustandsbild dauert in der Folge an, zeitweise besteht auch hochgradige Zerfahrenheit, sowie Ratlosigkeit. Bei den Besuchen der Angehörigen ist Patientin meist freier, spricht ganz geordnet und auch ziemlich lebhaft, äußert öfter den Wunsch, nach Hause zu kommen. Ihrem Bräutigam erzählt sie einmal, sie sei schon 10 Jahre hier und müsse hier sterben. Im übrigen herrschen später gegenüber dem anfänglichen Zustande der inneren Spannung mehr depressive Stimmungen vor. In der letzten Zeit ist eine wesentliche Besserung zu verzeichnen; Patientin ist sichtlich freier, frisch und munter, interessiert. Wird am 2. Juli 1926 (als gebessert) nach Hause entlassen.

Wir haben hier eine Wochenbettpsychose vor uns, welche deutliche katatone Züge aufweist und nach einem Verlauf von einigen Monaten abklingt. Es kann sich um rein kausale (außerbewußte) Zusammenhänge mit dem Wochenbett, möglicherweise auch die (physiologischen, toxischen?) Folgewirkungen der voraufgegangenen Schwangerschaft und der Geburt handeln — auf der anderen Seite deutet die Vorgeschichte auf die Beteiligung einer rein psychischen Komponente hin, deren Art und damit auch Grad der Mitwirkung bei dem Zustandekommen des vorübergehenden Krankheitsbildes indes nicht sicher zu eruieren bzw. zu bewerten ist. Inhaltlich bietet die Psychose wenig, von eigentlichen schizophrenen Symptomen ist die Inkohärenz und die Störung der Affektivität bemerkenswert. Im übrigen herrscht eine autistische Absperrung vor.

Fall 19. Die Kaufmannsehefrau Elisabeth L., geboren am 15. 9. 1878, erkrankte zum 1. Male im Jahre 1898, im Anschluß an das 1. Wochenbett und nach vorzeitigem Aufhören der Lactation an einem halluzinatorischen Verwirrungszustand. Sie war damals etwa 6 Wochen in der hiesigen Klinik, sehr erregt, inkohärent, manisch, wurde als ungeheilt entlassen. War dann mehrmals in teils größeren, teils geringeren Abständen von 1908—1910, 1917—1918, 1921—1923 in der Landesheilanstalt Nietleben sowie in Jerichow, wegen gleicher Zustandsbilder. In der Zwischenräumen war sie frei. Im August 1924 letzte Geburt;

Verlauf o. B.. Sie stillte ihr Kind 4 Monate, obwohl die Menses bereits nach 8 Wochen, und zwar sehr stark, alle 14 Tage, wieder aufgetreten waren. Seit Anfang April 1925 wurde Frau L. zunehmend manisch erregt, beging sinnlose Handlungen, zeigte großen Rededrang, war sehr aggressiv. Wurde am 2. 5. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Normale Entwicklung. Keine besonderen Krankheiten. Psychisch vor der ersten Erkrankung niemals auffällig. Volksschule besucht, dann Verkäuferin. Juli 1896 Heirat. Später in der Gastwirtschaft des Mannes geholfen. Fühlte sich anfangs in der Ehe sehr glücklich und zufrieden.

Auf der Klinik ist Patientin unruhig, zeigt lebhaften Rededrang, gesteigerte affektive Erregbarkeit und Beschäftigungsdrang. Klagt, ihr Mann habe sie schlecht behandelt, sei Trinker, habe Konkurs gemacht und sie um Haus und Hof — die Wirtschaft von ihren Eltern — gebracht. Sie sei auch gegen ihren Willen hierher gekommen und werde hier festgehalten. Wenn man aber schlage, so heiße es, man sei närrisch. Sie wolle mit dem Rechtsanwalt besprechen, ob sie deswegen gegen die Klinik vorgehen solle, sie könne jedoch nicht heraus, da alles verschlossen sei. Ihre Stimmungslage ist im übrigen wechselnd zwischen heiterer und zornmütiger Erregung. Vorstellungsablauf beschleunigt, sprunghaft, seltener zerfahren. Patientin halluziniert stark, meist hört sie religiöse Stimmen, verkennt Personen. Gedächtnis ungestört, Urteilsfähigkeit herabgesetzt. Große Neigung zu läppischen Scherzen und Streichen. Lebhafter Zerstörungstrieb. Läßt wiederholt Stuhl und Urin unter sich. Wird am 28. 8. 1925 (als ungeheilt) nach Altscherbitz überführt.

Es handelt sich offenbar hier um mehrfache Schubauslösungen durch die mit dem Wochenbett und der Lactation einhergehenden Umstimmungen des Gesamtorganismus. Interessant erscheint uns die auch für andere Fälle zu beachtende Tatsache, daß seinerzeit bei der ersten Erkrankung nach vorzeitigem Aufhören der Lactation und im Anschluß an das Wochenbett ein Zustand der halluzinatorischen Verwirrtheit festgestellt wurde. Nachdem die Patientin bei mehreren gleichen Anlässen unter der gleichen Diagnose gegangen war, wurde das neuerdings wiederum im Anschluß an ein Wochenbett und die Lactation, mit gleichzeitigen dysmenorrhoischen Beschwerden, aufgetretene Krankheitsbild als „manische Form der Schizophrenie" erkannt und geführt.

Neben diesem rein kausalen (außerbewußten) Zusammenhange scheinen chronische seelische Schädigungen und Aufregungen in der Ehe eine Rolle vielleicht als begünstigender Faktor bei der schizophrenen Änderung der Persönlichkeit der Betroffenen gespielt zu haben. In formeller Hinsicht finden sich als schizophrenieverdächtige Symptome der zeitweise inkohärente Rededrang, die Störungen der Affektivität und die Halluzinationen.

Fall 20. Die 19jährige Margarethe B. blieb im Januar 1925 zur Zeit der Periode im Bett liegen, zeigte ein ängstliches Wesen, verkroch sich, sobald jemand ins Zimmer trat, unter die Decke, sprach fast gar nicht. Nach 8 Tagen besserte sich der Zustand, Patientin mußte aber immer zur Arbeit angetrieben werden. Ihre Stimmungslage war seitdem sehr schwankend, bald ausgelassen heiter, bald traurig. Ende März 1925 wurde sie plötzlich sehr erregt; war ausgelassen heiter, sang, lachte, schrie, war dann sehr unruhig, tobte, wollte durchs Fenster springen. Äußerte Wahnideen, sie habe einen hellen Schein gesehen, Christus hole sie, betete.

Nahrungsaufnahme sehr mangelhaft. Wurde am 2. 4. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Großmutter mütterlicherseits sehr nervös, leicht erreg- und reizbar, anscheinend schizophren, nicht in der Anstalt. Sonst keine Heredität. Normal entwickelt, als Kind Diphtherie. Leidliche Schulerfolge. Von jeher still, für sich allein, grüblerisch veranlagt. Hatte keine Freundin, liebte keine Geselligkeit, neigte zur Schwermut, weinte leicht, litt unter Stimmungsschwankungen. 1. Regel mit 12 Jahren, stets regelmäßig, doch stets von leichten Verstimmungen begleitet.

Auf der Klinik ist Patientin vorwiegend läppisch-heiter erregt, mit erotischem Einschlag, zeitweise zornig, ablehnend, tobend. Vorstellungsablauf beschleunigt, eingeengt, inkohärent, sprunghaft. Starker Rededrang, doch große Monotonie ihrer sprachlichen Äußerungen. Ein eigentlicher Kernpunkt ihrer Gedanken ist nicht zu erkennen, hauptsächlich beschäftigt sie sich jedoch mit ihrer eigenen Person und zeigt eine deutlich autistische Einstellung; auch verkennt sie Personen und hat Wahnvorstellungen, hauptsächlich religiösen Inhalts. Sinnestäuschungen sind wahrscheinlich, auch Beziehungsideen vorhanden. Sie sieht den Teufel, hält auch den Arzt dafür. Sie habe große Schuld auf dem Gewissen. Die Leute sagten, sie habe ein Kind auf dem Gewissen. Es besteht große Neigung zur Stereotypisierung der automatischen Körperbewegungen, wie zu pathetischen Haltungen und Gebärden. Dauernde psychomotorische Erregtheit. Orientierung gut. Keine Krankheitseinsicht. Wird am 18. 7. 1925 (als ungeheilt) nach Altscherbitz überführt.

Es handelt sich im vorliegenden Falle offenbar um eine durch hereditäre Belastung und Veranlagung bedingte schizophrene Psychose mit vorwiegend katatonen Symptomen, welche sich zur Zeit der Menses entwickelte. Ein rein kausaler Zusammenhang mit dieser besteht wohl insofern, als in den mit der Menses einhergehenden inneren Veränderungen die auslösende Ursache für die Psychose erblickt werden kann. Ob darüber hinaus auch irgendwelche bewußten psychischen Faktoren mitwirkten, geht aus der Krankengeschichte nicht mit Sicherheit hervor, wenn auch einzelne Wahninhalte darauf hinzudeuten scheinen. Die Psychose weist als typische schizophrene Symptome Störungen der Assoziation und Affektivität, weiterhin Halluzinationen und Stereotypien auf.

Fall 21. Die Haustochter Charlotte F., geboren am 19. 11. 1903, wurde im Anschluß an einen Radunfall im September 1924, wobei sie sich sehr aufgeregt hatte, sehr still, zog sich zurück, mußte viel ruhen, wollte nicht mehr in Gesellschaft gehen, glaubte immer, alles verkehrt zu sagen, bezog Lachen anderer auf sich, klagte auch darüber, daß ihre Gedanken öfters aussetzten. Im Dezember 1924 traten im Anschluß an zwei Festlichkeiten mehrmals Schreikrämpfe auf. Dazu gesellten sich Schlaflosigkeit und große Mattigkeit. Sie glaubte, das Bett nicht mehr verlassen zu können. Hatte vor einiger Zeit bei anderen epileptische Anfälle gesehen und meinte nun, selbst einen solchen gehabt zu haben; aus Furcht vor dessen Wiederholung wagte sie nicht zu schlafen. Glaubte sterben zu müssen. Mitte März 1925 begann sie Stimmen zu hören, die sie wegen onanistischer Handlungen beschimpften. Sie wurde mit Hypnose behandelt, nach deren Beendigung die Stimmen wegblieben. Seither sprach sie jedoch nicht mehr. Sie habe keine Gedanken mehr. Wollte dann aus dem Fenster springen, in die Elbe gehen. Wurde auf fachärztliches Gutachten vom 8. 4. 1925 unter der Diagnose „Schizophrenie" am 9. 4. 1925 in die hiesige Klinik aufgenommen. Auf der Bahnfahrt hierher war sie sehr unruhig, wollte aus dem Zuge springen, war kaum zu halten. Sie müsse sich vor allen Menschen schämen, jeder sähe ihr an, was sie getan habe.

Mutter wegen Struma operiert, im übrigen keine Heredität. Normale Entwicklung. Gute Schulerfolge. Seit jeher etwas schüchtern und ängstlich, sehr empfindlich. Schloß sich sehr ab, war andererseits sehr zärtlich und anschmiegend, sowie fleißig und gewissenhaft. Schon immer etwas blutarm, leidet seit dem 14. Jahre an „abgestorbenen Fingern". Im Februar 1924 mittlere Grippe. Von September bis Dezember 1924 auffällige Gewichtsabnahme, die sich in den letzten 2 Monaten unter guter Ernährung und Pflege wieder etwas besserte. Hat sich in der Schule und später im Haushalt während Krankheit der Mutter sehr angestrengt.

Bei der Aufnahme auf der Klinik verhält sich Patientin zunächst ruhig und geordnet, ihr Gesichtsausdruck ist ängstlich gespannt. Von den Eltern nimmt sie ohne sichtbare Erregung Abschied, sträubt sich jedoch auf dem Wege zur Station. Beruhigt sich dann, läßt sich entkleiden und ins Gitterbett bringen. Versucht dort, sich an ihren Zöpfen aufzuhängen; über den Grund ihres Tuns befragt, gibt sie zunächst keine Antwort. Bei längerer Exploration erfolgen zögernd, tropfenweise Antworten in etwas gezierter, apathischer Art, sie stößt mitunter krampfhaft ein kurzes „Ja" oder „Nein" aus. Örtlich und zeitlich, auch über ihre Lage, ist sie durchaus orientiert, sie weiß, daß sie krank ist. Gibt später zu, daß ihre verschiedenen Suicidversuche Torheit waren, äußert aber im nächsten Augenblicke wieder, sie wisse nicht, wozu sie noch auf der Welt sei, müsse sich vor allen Leuten schämen, komme doch nicht wieder heraus. Sie wiederholt die Suicidversuche in der nächsten Zeit noch öfter, ist wechselnd ruhiger und wieder erregter, zeitweise gehemmt. Nahrungsaufnahme mitunter sehr mangelhaft, daß sogar Sondenfütterung notwendig ist. Im Anschluß an Besuche der Eltern ist sie meist erregter, will fort; die Nahrungsaufnahme wird jedoch unter dem Einfluß der Mutter besser. Nach einem fieberhaften Prozeß ist Patient vorübergehend ruhiger. In der nächsten Zeit ist sie aber wieder gespannter und gehemmter, hat Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Da die Menses seit April 1925 ausgesetzt hat, wird der Patientin Ovoglandol verabreicht. Patientin ist noch zeitweise erregter, dann wieder läppisch, negativistisch eingestellt. Im ganzen ist sie aber seit Ende Oktober, bei Wiedereintritt der Regel, freier und zugänglicher. Da seitdem eine fortschreitende Besserung zu verzeichnen ist, Patientin sich ruhig und geordnet verhält, kaum noch negativistische Tendenzen zeigt, sich auch beschäftigt, wird sie am 1. April 1926 zunächst versuchsweise nach Hause entlassen. Unter dem 5. 4. 1926 teilt die Mutter, die offenbar einen günstigen Einfluß auf die Patientin ausübt, mit, daß es zu Hause mit ihrer Tochter ganz gut gehe und diese sich dort wohl fühle. Sie wird deshalb endgültig entlassen.

Offenbar ging dem Unfall bereits eine schizoide Umwandlung der Persönlichkeit voraus, welche sich durch entsprechende Züge dokumentierte und zu welcher die früher durchgemachte Grippe und spätere Anstrengungen möglicherweise beigetragen haben, falls letztere nicht bereits als Ausdruck dieser Persönlichkeitsänderung und als ein Versagen gewertet werden müssen. Das körperliche Trauma führte dann den Umschwung herbei, vielleicht indem es eine spezifische Gehirnveränderung im schizophrenen Sinne bewirkte und somit die Grundlage für das Zustandekommen der schizophrenen Prozeßpsychose schuf. Sicherlich war der Unfall auch von einem starken Angstaffekt begleitet und bedeutete ein schweres psychisches Trauma für die Patientin, welches den unmittelbaren Anstoß zur Psychose gab. Auch menstruelle Einflüsse scheinen eine Rolle zu spielen. Ob den Beeinträchtigungsideen eine psychische Ursache zugrunde liegt, geht aus der Krankengeschichte

nicht sicher hervor. Ein sexueller Einschlag ist aber deutlich vorhanden. Der Verlauf ist günstig. In formeller Hinsicht herrschen Hemmungssymptome vor. Daneben finden sich Halluzinationen. Das Ganze macht beinahe den Eindruck einer psychogenen Reaktion.

Fall 22. Der landwirtschaftliche Arbeiter Friedrich T. erlitt am 23. Juli 1926 einen Unfall dergestalt, daß er von einem Wagen stürzte, dessen Pferde durchgegangen waren und etwa 10 m mitgeschleift wurde. Äußerlich sichtbare Verletzungen trug er nicht davon. F. konnte die Pferde selbst noch in den Stall führen und ging dann zum Mittagessen. Am Nachmittag desselben Tages erschien er wieder auf seiner Arbeitsstelle und klagte nun über heftige Kopfschmerzen. Nachts schlief er schlecht und war am nächsten Tage auffallend einsilbig, war nicht mehr zu bewegen, auf Arbeit zu gehen, saß stumpf in der Wohnung herum und wollte keine Nahrung zu sich nehmen; vom 3. Tage nach dem Unfall ab sprach er überhaupt nichts mehr. Wird deshalb am 6. August 1926 von seiner Frau in die hiesige Klinik gebracht und hier aufgenommen.

Zur Vorgeschichte des T. liegen vor ein Auszug aus dem ärztlichen Gutachten der psychiatrischen Klinik zu Halle vom Jahre 1913, ein Krankenblatt der Landesheil- und Pflegeanstalt Nietleben, sowie dazu die Angaben der Ehefrau, die allerdings infolge Beschränktheit derselben nur mangelhaft sind. Danach wuchs T. unter ungünstigen Lebensbedingungen und schlechten Ernährungsverhältnissen auf, lernte in der Schule nur mäßig, war dann Hütejunge. Am 21. Dezember 1912 wurde er ins Krankenhaus in Eisleben aufgenommen, weil er jedes Interesse an seinen Angehörigen verloren hatte und allerlei Unfug trieb. Er antwortete auf Fragen fast nie, nahm Speise und Trank nur zu sich, wenn er gefüttert wurde. War dann vom 25. 2. 1913 bis 22. 4. 1913 in der psychiatrischen Klinik in Halle, wo er ein vollkommen katatones Zustandsbild bot. Er lag ruhig zu Bett, reagierte auf keine Aufforderung, auch nicht auf Nadelstiche. Gelegentlich zeigte er sich sehr impulsiv, sprang aus dem Bett und versuchte die Fensterscheiben einzuschlagen. Mußte mitunter künstlich ernährt werden; wurde wegen Gemeingefährlichkeit und mangelnder häuslicher Pflege unter der Diagnose „besserungsfähige Hebephrenie" am 22. 4. 1913 nach Nietleben überführt. Anfänglich verharrte er dort in vollkommenem Negativismus und katatonem Stupor, hatte Halluzinationen, sah meist Tiergestalten, legte mitunter ein läppisches Benehmen an den Tag, besserte sich aber mit der Zeit erheblich; es war an ihm jedoch eine deutlich geistige Schwäche, besonders im Urteil bemerkbar. Er wurde, da er sich ruhig und geordnet verhielt, am 12. 10. 1913 als gebessert dem Vater versuchsweise mit nach Hause gegeben. Über sein weiteres Schicksal ist von seiner Frau nur zu erfahren, daß er bis zum Jahre 1918 keinerlei Zeichen von Geisteskrankheit geboten habe. Damals wurde er durch einen Rückenfleischschuß verwundet und als geisteskrank vom Militär entlassen. Über die Zwischenzeit bis zum 24. Juli 1926 ist aus dem erwähnten Grunde kein einwandfreies Bild zu bekommen. T. war jedenfalls bis dahin als landwirtschaftlicher Arbeiter tätig und seine Frau hat bis wenige Tage vor der Aufnahme nichts Abnormes an T. feststellen können, obwohl sie mit ihm bereits 3 Jahre verheiratet ist. — Hereditär ist T. nur insofern belastet, als sein Vater Trinker war, ohne charakteristische Geistesstörung. Sonst über Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt. Seine Entwicklung scheint bis auf die herabgesetzte Lernfähigkeit normal gewesen zu sein.

Auf der Klinik zeigt sich T. weitgehend psychomotorisch gehemmt, sprachliche Äußerungen sind fast nicht zu erzielen und wenn, in Flüsterstimme. Ein Kontakt mit anderen Kranken besteht überhaupt nicht, er sitzt schweigend, in leicht vorgebeugter Haltung, auf der Abteilung umher, ohne irgendeine Spontanäußerung, stiert vor sich hin und wechselt nur selten das Ziel seiner Blickrichtung. Zu jeder

Mahlzeit muß er genötigt werden, wobei er oft die Nahrungsaufnahme verweigert und das Essen von sich stößt. Bei Explorationen erweist er sich trotz äußerster Wortkargheit nach jeder Richtung hin orientiert und berichtet, auch einmal in Nietleben gewesen zu sein (s. o.). Seine Antworten bestehen im wesentlichen nur aus „Ja" und „Nein". Passiv erteilte Körperstellungen werden nicht beibehalten; das Mienenspiel ist bewegungsarm, irgendeine Affektreaktion auf äußere Eindrücke ist nicht zu erzielen. Wenn man auf seine Entlassung zu sprechen kommt, ist er psychisch etwas aufgehellt, doch beantwortet er die Ablehnung dieses seines Wunsches nur mit einem fragenden Lächeln. Ob T. durch Halluzinationen von der Außenwelt abgelenkt wird, kann nicht einwandfrei beobachtet werden. Einfache Aufforderungen, die Zunge zu zeigen, die Hand zu reichen, werden befolgt, während die dargebotene Feder, um seinen Namen auf einen vorgelegten Zettel zu schreiben, nicht ergriffen wird. T. macht nur ruckweise Bewegungen, die eine Intension zur Durchführung des Auftrags andeuten, aber nicht bis zur endgültigen Ausführung gelangen. Im ganzen ist keine irgendwie geartete Betätigung auf der Abteilung von ihm zu erreichen. Auf Drängen seiner Frau wird Patient, gegen ärztlichen Rat, am 12. 10. 1926 als ungeheilt vorzeitig entlassen.

Acht Tage nach der Entlassung bittet die Frau bereits wieder, man möge ihren Mann in die Klinik aufnehmen, da er vollkommen bewegungslos in der Wohnung herumsitze und zu keiner Nahrungsaufnahme zu bewegen sei. Aus Platzmangel wird die Aufnahme jedoch abgelehnt und die Einweisung in eine Heilanstalt empfohlen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um ein katatones Zustandsbild, das sich im Anschluß an das Trauma entwickelte. Aus der Vorgeschichte ergibt sich, daß Patient schon vor Jahren an einer offenen Psychose, von der gleichen Art wie jetzt, gelitten hat. Er war dann leidlich normal, im Kriege wurde er verwundet und als geisteskrank entlassen. Es ist nicht festzustellen, ob er infolge der Verwundung oder aus den Kriegserlebnissen einen Rückfall in die Psychose erlebte; jedenfalls ist es unwahrscheinlich, daß er zum Kriegsdienst herangezogen worden wäre, wenn er damals eine deutliche Geistesstörung gezeigt hätte. Bis zu dem Unfall war dann offenbar wieder eine zweite Remission eingetreten; jedenfalls hat die Umgebung des Patienten nichts Psychotisches an ihm feststellen können. Trotzdem bestand natürlich die latente Psychose weiter. Durch das körperliche Trauma im Juli 1926 wurde jedoch ein neuer Schub ausgelöst bzw. die Psychose zur Manifestation gebracht. Es wäre noch die Frage zu entscheiden, ob die Psychose hier als Ausdruck einer direkten Unfallfolge im Sinne *von Muralts* u. a. zu deuten wäre oder ob sie auf einer rein psychischen Schreckwirkung beruhte. Ohne Zweifel war das reine körperliche Trauma ein schweres, insofern als Patient von einem in voller Fahrt befindlichen Wagen herunterstürzte und etwa 10 Meter mitgeschleift wurde. Dadurch könnte in irgendeiner Weise eine direkte Beschädigung der Hirnsubstanz wohl ausgelöst worden sein, die dann zu dem traumatisch katatonen Schub führte, und zwar um so leichter, als eben vorher schon mehrmals eine offene gleichsinnige Psychose bestanden hatte, wie ja „besonders solche Leute an reiner traumatischer Katatonie zu erkranken pflegen, bei denen die Vorbedingungen zum Ausbruch vor Spannungsirresein ohnehin vorhanden

waren" *(v. Muralt)*. Andererseits war der Unfall sicherlich mit starkem Schrecken und Angstaffekt, infolge des Durchgehens der Pferde, des Sturzes vom Wagen und des Mitschleifens, verbunden. Die Möglichkeit, daß dadurch der akute Schub ausgelöst wurde, ist ohne weiteres zuzugeben, ja, darüber hinaus ist sie im höchsten Grade wahrscheinlich. Endlich könnte auch ein Zusammenwirken beider Faktoren die akute Psychose ausgelöst haben. In formeller Hinsicht bietet die Psychose das Bild eines vollkommen katatonen Stupors, bei offenbar schon früher bestehender Verblödung bzw. geistiger Verarmung.

Fall 23. Der landwirtschaftliche Arbeiter Emil E. erlitt am 27. 4. 1926 einen Unfall. Infolge Durchgehens der Pferde fiel er vom Wagen und erhielt einen Hufschlag gegen den Kopf; er wurde beiseite geschleudert und blieb, angeblich nur einige Minuten, bewußtlos liegen. Er wurde dann ins Krankenhaus zu Querfurt gebracht, wo ein Bruch des rechten Jochbogens mit Fleischwunde auf der rechten Backe und Hautverletzung an der Schläfe festgestellt wurde. Am 10. Mai 1926 wurde E. mit 8 Tagen Schonung aus dem Krankenhaus entlassen, arbeitete dann wieder. Nach weiteren 8—14 Tagen begann E. viel zu grübeln und nachzudenken, schimpfte und brauste ohne Anlaß auf, hatte Streit mit dem Inspektor, lief von der Arbeit weg, sprach und lachte vor sich hin. Hörte Stimmen und Klingeln, meinte fortwährend antelephoniert zu werden, fühlte sich von allen bedroht, schrieb in ein Buch die Namen aller seiner Feinde auf, sprach öfter laut im Schlaf. Wurde deshalb am 11. August 1926 in der hiesigen Klinik aufgenommen.

Keine Heredität. Normale Entwicklung. Keine ernsteren Krankheiten, keine Lues. Zeigte früher keine Absonderlichkeiten; machte den Krieg mit und brachte es zum Gefreiten.

Auf der Klinik verhält sich Patient zunächst ganz ruhig, ist orientiert, fühlt sich gesund. (Körperlich ist am rechten Jochbogen eine eingezogene etwa 3 cm lange reizlose Hautnarbe nachweisbar. Die Arm- und Beinreflexe sind gesteigert.) Während der Untersuchung steht er plötzlich auf und sieht angeblich unter dem Bett das Gesicht des Untersuchers. Er befindet sich in einem fortwährenden Zwiegespräch mit Stimmen und Geistern, die sich mit Dolchen bekämpfen. Während des Denkens werde er plötzlich angehalten und könne dann nicht mehr weiter. Er sei von den Geistern ganz eingenommen und dürfe sehr viel nicht sagen. Wenn er mit aller Macht dazu getrieben werde, etwas zu sagen, was er nicht wolle, bekomme er die Wut und schlage um sich. Im weiteren Verlauf ist Patient abwechselnd unruhig, laut, schimpft, verkennt Personen, hält den Arzt für seinen Bruder, drängt nach Hause, will sich bei der Reichswehr beschweren, beim Generalobersten von Kluck, wenn er nicht sofort entlassen wird. Ist dann wieder ruhig, freundlich, mit einer gewissen Demenz, hört häufig noch Stimmen, hat auch Gesichtshalluzinationen. Wird am 16. 10. 1926 (als ungeheilt) nach Nietleben überführt.

Wir sehen hier eine Schizophrenie sich im baldigen Anschluß an den Unfall entwickeln. Heredität liegt nicht vor; auch ist aus der Vorgeschichte nichts zu erheben, was für eine schon vorher bestehende schizoide Anlage (bzw. schizothyme Persönlichkeitsänderung) sprechen würde. Gegen eine solche Annahme spricht auch der Umstand, daß Patient den Krieg mitgemacht hat und dessen sicherlich übernormalen Anforderungen sich gewachsen zeigte, ja sogar befördert wurde. Auf der anderen Seite kann sowohl der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfall als gewahrt gelten wie auch muß man das Trauma selbst (mit dem Sturz

vom Wagen, dem Beiseitegeschleudertwerden durch einen Hufschlag gegen den Kopf und nachfolgender Bewußtlosigkeit) als genügend schwer ansehen, um dadurch eine Gehirnveränderung, zwar noch unbestimmter Art, hervorgerufen, wodurch dann die Schizophrenie bewirkt wurde. Dabei spielte die psychische Schreckwirkung, infolge des Durchgehens der Pferde und der nachfolgenden sich überstürzenden Ereignisse vielleicht eine Rolle als begünstigender Faktor. Im ganzen sind wir hier also geneigt, von einer wirklichen Verursachung der Psychose durch das körperliche, eventuell in Verbindung mit dem psychischen Trauma, zu sprechen. In formeller Hinsicht finden sich paranoide und Spaltungssymptome, Halluzinationen, sowie eine gewisse Verblödung resp. geistige Verarmung.

Fall 24. Die landwirtschaftliche Arbeiterin Erna B. erlitt im Frühjahr 1924 einen Unfall derart, daß sie aus 5 m Höhe von einer Scheune fiel, mit dem Kreuz und Kopf aufschlug; den Unfall habe niemand gesehen. Angeblich ist sie einige Minuten bewußtlos gewesen, dann aber allein nach Hause gegangen. Sie klagte über heftige Kopf- und Kreuzschmerzen, hatte kein Erbrechen, ruhte sich aber nur am Unfalltage, mußte dann ihre regelmäßige Arbeit wieder machen, war nicht in Behandlung, die Schmerzen hielten weiter an. Im September 1924 gesellte sich dazu eine Grippe. Die B. war 4 Tage bettlägerig, hatte danach stärkere Kopfschmerzen, öfter auch Schwindelanfälle, sowie Doppeltsehen und Atembeklemmungen, mitunter Stöhnen. Sie arbeitete dann noch bis kurz vor Weihnachten 1924, doch waren alle ihre Bewegungen verlangsamt. Auch war sie seit dem Unfall arbeitsscheu, lief öfter von ihrer Dienststelle nach Hause, war auch trübsinnig, äußerte Selbstmordideen, regte sich über angeblich schlechte Behandlung durch ihre Dienstherrschaft auf; schließlich verließ sie den Dienst ganz und kam nach Hause, weil man ihr angeblich Schwangerschaft vorgeworfen hatte. Tatsächlich zeigte sie in der letzten Zeit starken Fettansatz, dagegen konnte der Arzt eine Schwangerschaft nicht nachweisen. Sie wurde dann von demselben in die hiesige Klinik gewiesen und am 24. März 1925 hier aufgenommen.

Keine Heredität. Kein Potus. Normale Entwicklung. Keine Kinderkrankheiten. Gute Schulerfolge, später bei Bauern gedient. 1. Regel mit 16 Jahren, stets regelmäßig. Patientin war früher nie auffällig.

Auf der Klinik sitzt Patientin bei der Aufnahme und Exploration zunächst stumpf und teilnahmlos da, läßt den Kopf hängen. Bei der Untersuchung läßt sie sich plötzlich zu Boden fallen und wälzt sich umher. Macht dann theatralische Gebärden, meint lachend: „ich war tot", wird wieder lebhafter, will tanzen, versucht den Arzt zu umarmen, wiederholt stereotyp die Worte: „Kommen Sie, wir wollen tanzen gehen usw." Sie ist auffallend erotisch. In den nächsten Tagen zeigt sie sich stark pseudomanisch erregt, tanzend, springend und singend, mit außerordentlich inkohärentem Rededrang, konfuse Wahnideen äußernd. Im weiteren Verlauf ist Patientin bald läppisch-heiter, bald ablehnend und autistisch abgesperrt, mutistisch. Es besteht keine Krankheitseinsicht. Orientierung im allgemeinen gut, zum Teil Verkennung von Personen der Umgebung. Halluzinationen fraglich. Körperlich fällt eine starke Fettsucht auf. Patientin wird am 27. 7. 1925 (als ungeheilt) nach Altscherbitz überführt.

Bei fehlender hereditärer Belastung oder früher erkenntlicher Veranlagung dürfte der Unfall mit dem begleitenden Kopftrauma wohl als schwerwiegend genug angesehen werden, um dadurch ein traumatisch-katatones Irresein (im Sinne *v. Muralts*) zu erklären. Möglich wäre es

auch, daß die nachfolgende Grippe, rein außerbewußt kausal (durch lokale toxische Einwirkungen ?), die psychotische Entwicklung beförderte. Ob und wie weit psychische Faktoren mitbestimmend gewesen sind, läßt sich im vorliegenden Falle kaum zweifelsfrei entscheiden. Eine sexuelle Komponente ist immerhin unverkennbar; indes kann dieselbe ebenso gut als Folge und besonderer Ausdruck der Erkrankung gedeutet werden. In formeller Hinsicht finden wir deutliche schizophrene Zerfallssymptome. Dementsprechend ist der Verlauf ungünstig.

Die Fälle 25—28 betreffen: 1. einen 18jährigen jungen Mann, bei welchem im Verlaufe einer Epilepsie mit gehäuften epileptischen Anfällen ziemlich unvermittelt ein schizophrenes Syndrom mit vorwiegend katatonen Symptomen auftrat. Aus der Vorgeschichte war zu entnehmen, daß, abgesehen von dem Vater und einem Onkel, welche auch an Epilepsie bzw. an epileptischen Dämmerzuständen litten, keine besondere erbliche Belastung vorlag. Indes fiel Patient schon in der Jugend durch ein ernstes, zurückhaltendes und grüblerisches Wesen auf. Die stark zerrütteten Familienverhältnisse, sowie frühzeitige sexuelle Aufregungen beeinflußten offenbar diese wohl als schizoid zu bezeichnende Anlage in einem weiteren ungünstigen Sinne. Damals traten auch die ersten epileptischen Anfälle auf. Neben den katatonen Symptomen finden sich Halluzinationen und reichliche Wahnideen, welch' letztere zum Teil an seine Krankheit anknüpfen. Diese stürmischen Erscheinungen klingen indes nach einiger Zeit ab und Patient kehrt annähernd zur Norm zurück.

Es liegt nahe, ähnlich wie bei den im Verlauf einer Paralyse oder Encephalitis, sowie anderen organischen Nervenkrankheiten, beobachteten Zustandsbildern, an eine allgemeine anatomische oder toxische Hirnschädigung als gemeinsame Grundlage zu denken, welche bei verschiedenen Anlässen gleiche Syndrome bewirken würden. Vielleicht wäre in ihr das körperliche Bindeglied zu suchen, welches auf dem schon krankhaften Boden zu den späteren schizophrenieartigen Erscheinungen führte.

2. einen 15jährigen Gärtnerlehrling, dessen Mutter zur Zeit ihrer ersten Menses an Krämpfen litt, welcher aber sonst nicht erblich belastet war. Derselbe machte kürzlich eine Grippe durch. 14 Tage darauf war er psychisch verändert, teilnahmlos, stumpf, starrte vor sich hin. Dabei fieberte er abends. Er fiel weiterhin durch zahlreiche Charakterschwächen auf, welche er früher nicht gezeigt hatte. Als Junge lernte er schwer, desgleichen strengte ihn später das Einprägen der botanischen Namen sehr an. Infolgedessen schon immer etwas gedrückt, liebte aber seinen Beruf. Mit $2^1/_2$ Jahren fiel er einmal in einen Teich, wurde erst im letzten Augenblick gerettet. Mit 11 Jahren stürzte er eine Treppe hinunter, fiel mit dem Kopf auf Steinfliesen auf, trug eine offene Kopfverletzung, nahe der Stirn, davon. Jetzt auf der Klinik besteht starke Druck- und Klopfempfindlichkeit der Kopfhöhe und des Hinterkopfes, desgleichen des 5. Gehirnnerven. Patellar-Reflexe sind (beiderseits) gesteigert, es besteht initialer Patellar-Klonus. Patient klagt über starke Kopfschmerzen, ist im übrigen wechselnd apathisch, gehemmt, teilnahmlos und läppisch, vorlaut, streitsüchtig, mitunter aggressiv. Nach einer vorübergehenden Besserung und Entlassung, während welcher Patient bei einem Bauern arbeitete, kommt ein Rückfall mit teils katatonen, teils hebephrenen Symptomen, Inkohärenz und Beziehungsideen, welcher seither anhält.

Der zunächst unter der Diagnose „beginnende Encephalitis mit hebephrenen Zügen" gegangene Fall entpuppt sich somit nach der

2. Aufnahme als Hebephrenie (nach Encephalitis epidemica). Auch hier läßt die Vorgeschichte eine schizoide Veranlagung als wahrscheinlich annehmen, welche möglicherweise durch das seinerzeitige Kopftrauma gesteigert wurde. Durch die Encephalitis wurde die Widerstandsfähigkeit des Gehirns noch mehr herabgesetzt, so daß es zur Entwicklung der schizophrenen Prozeßpsychose kam. Dies würde auch die These von der hirnanatomischen Bedingtheit der Schizophrenie stützen.

3. einen Aschefahrer auf einem Braunkohlenbergwerk, welcher, erblich nicht belastet und früher nicht auffällig, infolge seines Berufes der stetigen starken Einwirkung von Giftgasen ausgesetzt worden. Vor dem Kriege war ihm auch einmal ein Stück Eisen (eine Weiche) von einer Schwebe auf den Kopf gefallen. Seitdem litt er an Kopfschmerzen. Im März 1925, nach einer Erkältung, äußerte er plötzlich Beziehungs- und Verfolgungsideen, meinte, von der Brücke, welche zum Bergwerk führe, seien durch seine Schuld 2 Mann heruntergefallen; nun solle er geholt und erschossen werden. War sehr unruhig, suchte sich zu verstecken, schlief nachts nicht. In der Klinik finden sich, von dem seinerzeitigen Unfalle herrührend, 2 Narben auf der Kopfhöhe und auf der Stirnmitte, deren Umgebung, ebenso wie der 5. Gehirnnerv, als klopfempfindlich und druckschmerzhaft angegeben werden. Patellarreflexe sind beiderseits gesteigert. Im übrigen sind die Angaben des Patienten dürftig; er starrt meist ratlos vor sich hin, ist still, in sich gekehrt, verschlossen, ängstlich, halluziniert anscheinend, grimassiert. Äußert auch Verfolgungsideen, zweifelt an der ehelichen Treue seiner Frau, zeigt Stereotypien; ist im ganzen stumpf und ablehnend, bisweilen freier. Wird im September 1925 als ungeheilt gegen Revers entlassen.

Auch hier kann das frühere Kopftrauma die Grundlage für den schizophrenen Prozeß geschaffen haben, während die dauernden Gifteinwirkungen eine weitere Verminderung der allgemeinen Widerstandskraft des Gehirns bzw. des endokrinen Systems hervorriefen, so daß die voraufgegangene Erkältung (Grippe? Encephalitis?) nunmehr als Reaktion die schizophren geartete Psychose veranlaßte.

4. eine 14jährige landwirtschaftliche Arbeiterin, welche im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung unmittelbar nach einem voraufgegangenen Gewitter in eine schizophren gefärbte Psychose geriet, mit vorwiegend katatonen Symptomen, Ängstlichkeit, Ratlosigkeit, Negativismus, Stupor, zeitweisen Halluzinationen und wahnhaften Ideen, welche jedoch keinen bestimmten Kernpunkt verraten. Eine ältere Schwester war vorübergehend psychisch etwas auffällig, sonst keine Heredität. Patientin lernte schwer und war seit jeher etwas empfindlich, sonst jedoch unauffällig, lebhaft. Die Regel trat in der letzten Zeit unregelmäßig alle 14 Tage auf, war mit starken Blutverlusten verbunden. Vom behandelnden Arzt wird einem kurz voraufgegangenen Streit, bei dem Patientin indes selbst unbeteiligt war (!), eine gewisse Bedeutung beigelegt. Das beschriebene Zustandsbild bessert sich in der Klinik gering, Patientin wird daher als ungeheilt gegen Revers entlassen. Zu bemerken sei noch, daß Patientin auffallend gut entwickelt ist, die Kieferwinkel breit und ausladend sind. Daher Verdacht auf Hypophysentumor.

Wir möchten in diesem Falle an eine schizoide Anlage denken, zu der die vermutlich toxischen Wirkungen der fieberhaften Erkrankung und der Dysmenorrhöe kamen und somit die körperlich-psychische Umstimmung des Gesamtorganismus bedingten, welche zur Folge hatten,

daß bereits so verhältnismäßig geringfügige Anlässe wie das vorausgegangene Gewitter oder der erwähnte Streit als ein psychischer Shock wirkten und die psychotische Reaktion (als sekundäre Symptome?) hervorriefen. Der leider nicht gesicherte Hypophysentumor würde weiterhin auf gewisse endokrine Störungen hindeuten, welche unter Umständen den Schluß auf einen Kausalzusammenhang mit der Entstehung der Psychose berechtigen würde. Im übrigen könnte für eine cerebral faßbare Grundlage der Schizophrenie unseres Erachtens auch die von *C. v. Monakow* (histopathologisch) und *Hauptmann* (biologisch) gefundene Verdichtung der Blutliquorschranke, d. h. eine Verminderung der Permeabilität, bei Schizophrenie sprechen, welche eine Funktionsstörung der nervösen Zentralorgane nach sich ziehen muß. Im gleichen Sinne wären die von *Sikorska* gefundenen Störungen des kolloiden Gleichgewichts im Serum Schizophrener zu werten. Vielleicht sind dieselben die Folge eines anaphylaktischen Shocks durch Zufuhr körperfremder Substanzen mit anschließender Desintegration der eingeführten bzw. der eigenen Körperalbuminoide (bei Autointoxikation). Möglich wäre ja immerhin, daß auch hier eine Wechselwirkung auf psychische Vorgänge vorläge.

Resumieren wir noch einmal kurz das Ergebnis[1] *unserer Untersuchungen, so sahen wir in 28 von rund 123 dem schizophrenen Formkreis zugehörigen Fällen ein exogenes Moment eine wirkliche Rolle spielen* und zwar ergibt sich bei einer näheren Betrachtung derselben zwanglos folgende Gruppierung nach gleichen Gesichtspunkten:

1. Solche, in welchen psychische Traumen (und zwar sowohl einmalige Erlebnisse wie chronische, seelische Schädigungen) eine Hauptrolle spielen (Fall 1—14).

2. Solche, in welchen neben diesen rein außerbewußte Prozesse (Menses, Geburt, Wochenbett) zur Geltung gelangen (Fall 15—20).

3. Solche, in welchen ein Kopftrauma den Grundprozeß schafft — wenngleich auch hier psychische Begleiterscheinungen (affektive Schreckwirkungen) nicht auszuschalten sind (Fall 21—24).

4. Solche, in welchen wesentlich Prozesse rein physischer (cerebraler) Natur (Epilepsie, Encephalitis, Intoxikation, fieberhafte Erkrankungen) das jeweilige Syndrom hervorbringen (Fall 25—28).

Zu der Rolle, welche im besonderen die psychischen Traumen bei dem Zustandekommen einer Schizophrenie spielen, wäre zu sagen, daß bei bestehender Anlage mit großer Wahrscheinlichkeit zunächst ein Gehirnprozeß in irgendeiner Weise die Disposition schaffen muß, die den betroffenen Kranken mit oder ohne Einwirkung äußerlicher Schädlichkeiten in seiner gesamten Phychik zum Zerfall bringt. Indes braucht diese Voraussetzung nicht für jeden Fall zwangsläufig zu sein. *Bleuler*

[1] Soweit sich darüber, bei der Kürze der Beobachtungszeit, etwas aussagen läßt.

sagt selbst wörtlich: „Es ist denkbar, daß die ganze Symptomatologie (der Schizophrenie) psychisch bedingt sein, daß sie sich entwickeln könne auf leichten quantitativen Abweichungen vom Normalen“ (s. auch unten). In manchen dieser Fälle wäre nach menschlichem Ermessen der Kranke ohne das Hinzukommen dieses äußeren Faktors wahrscheinlich dauernd von der Manifestation der Krankheit verschont geblieben, insofern als die Krankheitsbereitschaft vor dessen katastrophalen Wirkungen ganz zurückgedrängt wurde, indem durch diesen erst auf dem durch den Prozeß vorbereiteten Boden eine derart psychische Umwandlung der Persönlichkeit bewirkt wurde. Demnach könnten wir hier praktisch von einer Verursachung der akuten Psychose durch das exogene Moment sprechen.

Bei anderen Fällen dagegen kommt demselben wohl nur eine Bedeutung als letzter eventuell entbehrlicher Krankheitsanstoß zu, während weiterhin in einer Reihe von Fällen bei bestehender schizophrener Beanlagung oder latenter Schizophrenie durch das seelische Trauma eine direkte Wirkung im Sinne einer vorübergehenden echten schizophrenen Reaktion oder aber der Auslösung eines schizophrenen Schubs erzielt wurde.

Andererseits wurden Menschen, die vorher keine Absonderlichkeiten zeigten, welche auf eine irgendwie bestehende schizophrene Anlage hingedeutet hätten, in direktem Anschluß an das Trauma von einer Psychose schizophrenen Gepräges befallen. Vielleicht handelt es sich hier um eine psychogene Reaktion, die in ihrem äußeren Bilde durchaus dem einer echten Schizophrenie gleicht, vielleicht auch von einer solchen gar nicht zu trennen ist. Dieselbe wäre dann als Ausdruck einer gemilderten, äußerlich bis dahin nicht zur Sicht gekommenen, Reaktionsbereitschaft auf äußere Anlässe zu deuten, welche wohl auf Grund einer besonderen „schizoiden“ (psychischen, neurologischen?) Anlage zustande käme. Dieselbe würde sich (nach *Kahn*) nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ von der eigentlichen Schizophrenie unterscheiden, während sie gegenüber dem Normalen keine fest bestimmbaren Abgrenzungen gestattete und käme sowohl allein für sich selbst wie im Verlauf schizophrener Prozeßpsychosen vor, in deren Ablauf sie jedoch nicht zerstörend eingriffe. Eigentliche schizophrene Zerfallssymptome würden hier ganz in den Hintergrund treten gegenüber den echten Schizophrenien *Bleulers,* welche „sowohl als Reaktion gegen ein schweres Erleben, wie für sich allein entstehen können, als Schub eines zugrundeliegenden Prozesses“ *(Bornstein).*

Bei der Beurteilung der Fälle, in denen ein exogener Faktor eine ausschlaggebende Rolle spielte, müssen wir ferner eine scharfe Unterscheidung vornehmen zwischen bewußten (seelischen) Erlebnissen auf der einen, rein außerbewußten (physischen) Prozessen auf der anderen Seite.

Der hauptsächlichste Unterschied zwischen beiden liegt darin, daß bei diesen nur rein kausale, bei jenen indes sowohl kausale wie auch verständliche Zusammenhänge bestehen. Dies kommt auch in den einzelnen oben beschriebenen Fällen zum Ausdruck, insofern als bei den „erlebnisbedingten" Schizophrenien nicht irgendwelche beliebige Inhalte vergangener Zeiten — die natürlich in jeder Psychose enthalten sein können — sondern vielmehr Inhalte der letzten durch das Schicksal bedingten wirklichen Gemütserschütterung in die Psychose eingehen und in ihr in einer Weise verarbeitet werden, wie dies bei den übrigen oben geschilderten Fällen von Schizophrenie nicht, wenigstens nicht in diesem Maße, beobachtet wurde: es liegt ein inniger Zusammenhang zwischen auslösendem Erlebnis und psychotischem Erleben vor. So kann mitunter der Inhalt der psychotischen Wahnideen und Autismen in der direkten Verwirklichung des im äußeren Leben und Erleben, speziell der in dem vorangegangenen Erlebnis unerfüllt gebliebenen Wünsche, bestehen, welche nunmehr als Komplexe weiterwirken. Natürlich gibt es auch Übergänge. Dies gilt besonders für die Fälle, in welchen neben seelischen auch rein physische Schädlichkeiten wirksam gewesen sind, wobei eventuell beide Faktoren in einem Sinne aufeinanderwirkten, der den Ausbruch der Psychose begünstigte.

Endlich machen die bei verschiedenen körperlichen Prozessen (Wochenbett, Epilepsie, Paralyse, Encephalitis) auftretenden schizophren aussehenden Zustandsbilder es wahrscheinlich, daß es sich hier vielleicht um eine verminderte Widerstandsfähigkeit handelt, die bei verschiedenen Anlässen gleiche Syndrome bewirkte. Als gemeinsame Grundlage wären hier die allgemeinen anatomischen oder toxischen Hirn- bzw. Organschädigungen anzusehen, welche durch ätiologisch verschiedene Faktoren erzeugt wurden und jeweilig ähnliche schizophren gefärbte Krankheitsbilder hervorbrachten. Vielleicht wäre in ihr auch das körperliche Zwischenglied zu suchen, welches ceteris paribus den mancherseits vermuteten endokrinen Störungen gleichzusetzen wäre und auf einem psychisch schon nicht mehr ganz taktfesten Boden nunmehr die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigte. So wären eine Wochenbettspsychose mit katatonen Zügen oder ein im Verlauf einer Epilepsie zutage tretendes katatones Zustandsbild noch nicht als reine Schizophrenien aufzufassen — vielmehr wären nur die schizophrenen Symptome als solche zu bewerten, welche den Ausdruck des ablaufenden Grundprozesses darstellten.

Einer besonderen Würdigung bedürfen noch diejenigen von den im Vorhergehenden geschilderten Fällen, in welchen im direkten Anschluß an ein kurz vorher gegangenes Kopftrauma ein schizophrenes bzw. katatones Zustandsbild sich entwickelte, gleich ob eine schizophrene Anlage oder latente Schizophrenie schon bestand oder nicht — wenn auch dieses vielleicht nicht ganz gleichgültig ist (s. unten). Hier wäre

zu sagen, daß wohl durch das körperliche Trauma in irgendeiner Weise eine spezifische Schädigung der Hirnsubstanz bewirkt wurde, die den Boden abgab für die nachfolgende Psychose. Nach *von Muralt* würden besonders solche Menschen zu einer rein traumatischen Katatonie disponiert sein, „bei denen die Vorbedingungen zum Ausbruch von Spannungsirresein ohnehin vorhanden waren." Da zumeist der Unfall von einem heftigen Schreckaffekt begleitet wurde, würde die Annahme nicht ungerechtfertigt erscheinen, daß dieser den Ausbruch der Psychose in einer Art Katastrophenwirkung direkt begünstigte bzw. hervorrief. Eine gegenseitige Abstufung der einzelnen beteiligten Faktoren bliebe indes dem besonderen Falle vorbehalten. Natürlich muß auch die Stärke der Hirnaffektion eine Rolle spielen; es würde hier dasselbe gelten wie für die übrigen Fälle, in welchen ein psychisches Trauma wirksam war und von welchen *Bleuler* wörtlich sagt: „Auf einer geringen oder einer kaum fortschreitenden Hirnveränderung kann nur ein schweres psychisches Trauma die manifeste Krankheit auslösen. Je rascher aber der Prozeß fortschreitet, je schwerer die dauernde Veränderung ist, um so geringere Anlässe genügen, um stärkere Störungen hervorzurufen, bis schließlich die alltäglichen Schwierigkeiten des Lebens das labile Gleichgewicht zu stören vermögen. So wirken am häufigsten beide Ursachen bei der Kreierung der psychotischen Symptomenkomplexe zusammen."

Versuchen wir die vorstehenden Ergebnisse miteinander und mit den zur Zeit herrschenden Theorien in Einklang zu bringen, so würde sich am Schluß unserer Arbeit etwa folgendes aussagen lassen:

Wahrscheinlich gibt es Gehirnsysteme — von mehr minder ausgeprägter Lokalisation —, welche für die Entstehung der Schizophrenie besonders disponiert (empfänglich) sind. Das Schizoid würde für diese nur eine gewisse Reaktionsbereitschaft, vielleicht aber auch schon die (formale) Anlage zum Prozeß bedeuten, während die Schizophrenie als der Prozeß selbst zu werten wäre. Letzterer würde durch irgendwelche infektiösen oder toxischen Noxen, durch endokrine Störungen, sowie durch traumatische Einwirkungen auf den Organismus, speziell die Gehirnmasse selbst, hervorgerufen. Für eine Reihe von Fällen wäre es daneben denkbar, daß sie das Produkt einer im Organismus vielleicht irgendwie präformiert liegenden Reaktionsweise auf irgendwelche ganz allgemeine (und verschiedenartige) Hirnschädigungen darstellen, welche auch ohne die Anwesenheit besonderer schizoider (quantitativer) und schizophrener (qualitativer) Anlagen ein Versagen bedingten.

Psychische Momente würden auf einem schon nicht mehr taktfesten Boden eine Art funktioneller Störung hervorrufen können, welche schizophrenieartige Syndrome mehr psychogener Natur bewirkte und e. p. den anderen exogenen Momenten parallel zu setzen wäre. Vielleicht aber auch handelt es sich hierbei um mehr minder abortiv (krisenhaft) verlaufende Krankheitsprozesse, wobei dann den psychischen Faktoren,

wie es für die eigentlichen schweren Schizophrenien überhaupt gelten würde, nur eine auslösende Rolle zufiele.

Darauf würde auch die relativ beschränkte Anzahl von Fällen hindeuten, bei welchen ein psychisches Trauma eine wirkliche Rolle spielte, neben den anderen anscheinend zwar exogenen, aber doch physisch bedingten Fällen und der großen Zahl derer, in welchen sich der wirksame Faktor unserer Beobachtung überhaupt entzog.

Praktisch käme mitunter ein schweres psychisches Trauma, welches sich auf eine sich schleichend entwickelnde Schizophrenie aufpfropfte, einer Verursachung derselben gleich; aber auch in den übrigen Fällen ist die Rolle äußerer Lebensschwierigkeiten für die Manifestierung der Psychose nicht unerheblich.

Eine größere Bedeutung wäre der Erforschung der Mitwirkung äußerer Faktoren bei dem Zustandekommen einer schizophrenen Psychose zuzuerkennen, wenn man berücksichtigt, daß in vielen Fällen die von der Krankheit befallenen Individuen trotz bestehender Anlage bzw. Belastung vielleicht ganz gut durchs Leben gekommen wären, wenn sie, insbesondere während der anscheinend für die Krankheit mehr empfänglichen Jugendperiode, allen Schwierigkeiten aus dem Wege gegangen wären. So ist offenbar das Ansteigen der Erkrankungsziffer nach dem Kriege auf Rechnung der vermehrten Lebensschwierigkeiten zu setzen, welche ein Versagen bewirkten. Um die Psychose zum offenen Ausbruch gelangen zu lassen, mußte erst das Erlebnis hinzukommen, indem es die Betroffenen aus ihrer bisherigen (ungestörten) introvertierten Einstellung[1] herausriß und durch eine plötzliche Extraversion den Anstoß zu einer Diskrepanz gab, an der sie dann zerfielen. Wir möchten an dieser Stelle auf die Erfahrungen *Exners* an den sibirischen Kriegsgefangenen verweisen, welche zu einem erheblichen Teil während der Gefangenschaft infolge der besonders ungünstigen äußeren Umstände und der eintönigen Umgebung in einen gewissen Autismus verfielen, der sich erst im Augenblick der Rückkehr und später unangenehm bemerkbar machte, indem er sie in Kollision mit den Anforderungen des ihnen ungewohnten täglichen Lebens brachte.

Die besondere Wirkung des exogenen Momentes bezüglich der Erzielung einer solchen zerstörenden Reaktion bei dem einzelnen Falle wäre vielleicht dadurch erklärbar, daß das auslösende Trauma — analog der anscheinenden Elektivität der schizophrenen Noxe zu gewissen

[1] *Bleuler* sagt dazu wörtlich: „In den Antezedentien der Schizophrenen findet sich meist eine Anlage zur Introversion, aus der sich der Autismus und indirekt die meisten anderen Symptome erklären ließen. Die Unheilbarkeit und die Unfähigkeit der meisten Patienten, sich durch Abreagieren zu beruhigen, ließe sich aus der einmal bestehenden Übertreibung der Introversion ableiten, die ein volles Wiedererfassen der Realität unmöglich macht."

Systemen — auf eine ganz besonders vulnerable Stelle in der Psyche des Betroffenen abgestellt war bzw. daß es dem — vielleicht bisher dissimulierten — Wahnsystem des Schizophrenen, Schizoiden oder Schizothymen entgegenkam und seine autistischen Tendenzen herausforderte: „Von der Lebenswunde aus beginnt die Ablösung" *(Bychowski)!* Die besondere Anfälligkeit während der Pubertätszeit würde sinnfällig, wenn man den in dieser Periode besonders gehäuften Lebenskonflikten: sexuellen, Verdrängungs- und Ödipuskomplexen, Kind-Mutter-(Eltern-)entwöhnung, Verwaisung, Berufswahl usw. — abgesehen von den somatischen Umwälzungen — die hervorragende Bedeutung zuerkennen wollte, welche eine Reihe von Autoren ihnen beilegt. Tatsächlich erbrachte mancher unserer Fälle einen Hinweis dafür. Wir sind daher geneigt, sie in eine Reihe mit den oben erwähnten exogenen Noxen zu stellen. Darüber hinaus können sie, u. E., bei einer bestehenden Reaktionsbereitschaft, eine *funktionelle Psychose* schizophrenen Gepräges, welche sich von dem Bilde einer echten Schizophrenie, abgesehen von dem i. a. günstigeren Verlauf, garnicht oder nur gering unterschiede, erzeugen.

Literaturverzeichnis.

[1] *Aschaffenburg:* Schizophrenie, schizoide Veranlagung und das Problem der Zurechnungsfähigkeit. — [2] *Aschaffenburg:* Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Leipzig und Wien **1915**. — [3] *Berze:* Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig und Wien **1910**. — [4] *Berze:* Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits und Konstitutionsforschung. II. Schizoid, Schizophrenie, Dementia praecox. Z. Neur. **96**, H. 4/5. — [5] *Berze:* Zur Ätiologie der Schizophrenie. Wien. med. Wschr. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 13/14. — [6] *Bertolani:* La sindrome catatonica. Ref.: Neur. Zbl. **44**, 650. — [7] *Bleuler:* Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien **1911**. — [8] *Bleuler:* Mendelismus bei Psychosen. Schweiz. Arch. Neur. **1**, H. 1 (1917). — [9] *Bleuler:* Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Z. Neur. **78**, H. 4/5. — [10] *Bleuler:* Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. **84** (Festschr. Kraepelin). — [11] *Birnbaum:* Psychopathologische Dokumente. Berlin **1920**. — [12] *Boltz:* Some factors which determine a schizophrenic reaction in males. Neur. Zbl. **48**, 250. — [13] *Bonhoeffer:* Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege **4**. — [14] *Bonhoeffer:* Symptom. Psychosen. — [15] Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatr. **58** (1927). — [16] *Bonhoeffer:* Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und -prozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allg. Z. Psychiatr. **68**. — [17] *Bonhoeffer:* Die Psychosen. Leipzig und Wien **1912**. — [18] *Bowmann:* Endocrin and biochemical studies in schizophrenia. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 1/2, 99. — [19] *Brzezicki:* Neuere pathologisch-anatomische Untersuchungen von geheilter Schizophrenie mit Berücksichtigung der subcortalen Kerne. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 366. — [20] *Brzezicki:* Über Bleulers neuere Anschauungen über Schizophrenie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 716. — [21] *Bumke:* Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München **1924**. — [22] *Bumke:* Kultur und Entartung. Berlin **1922**. — [23] Die Auflösung der Dementia praecox. Klin. Wschr. Jg. 3, Nr. 11, 437—440 (1924). — [24] *Bychowski:* Metaphysik und Schizophrenie. — [25] *Bychowski:* Der

schizophrene und paraphrene exogene Symptomenkomplex und die entsprechenden klinischen Einzelfälle. Ref.: Neur. Zbl. **44**, 496. — [26] *Bychowski:* Die Schizophrenie im Lichte der Psychoanalyse. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 100. — [27] *Bornstajn:* Schizothymia reactiva. — [28] *Bornstajn:* Ein neuer Beitrag zur sog. Schizothymia reactiva. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 365. — [29] *Bornstajn:* Der klinische Standpunkt der Schizophrenie und eine neue Theorie ihrer Pathogenese. Neur. Zbl. **48**, 364. — [30] *Bornstajn:* Hypochondrische (somatopsychische) Form der Schizophrenie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 365. — [31] *Carp:* Die Schizosen. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 103. — [32] *Carp:* Über Formen von Hebephrenie mit einer zwangsneurotischen Symptomatologie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 595. — [33] *Catalano:* Schizophrenes Zustandsbild bei Epilepsie. Ref.: Neur. Zbl. **44**, 381. — [34] *Czajkowski:* Über Fieberbehandlung der Schizophrenie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 366. — [35] *Delmas-Marsalet:* Les causes de la catatonie dans la démence précoce. J. de Neur. Jg. 27, Nr. 8. — [36] *Ewald:* Schizophrenie und Schizoid im Lichte lokalisatorischer Betrachtung. Mschr. Psychiatr. **55** (1924). — [37] *Exner:* Zur Psychopathologie der sibirischen Kriegsgefangenen. Z. Neur. **103**, H. 4/5. — [38] *Fabritius:* Nicht paralytische Luespsychosen. Helsingfors. — [39] *Fischer:* Exogene Faktoren bei schizophrenen Psychosen. Arch. f. Psychiatrie. **83**, H. 5 (1928). — [40] *Fleming:* Introverted and extroverted tendencies of schizoid and syntonic states as manifested by vocation. Ref.: Neur. Zbl. **47**, 511. — [41] *Freud:* Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. Leipzig und Wien **1918**. — [42] *Geitlin:* Hat die Schizophrenie eine organische Grundlage in Veränderungen des Gehirns? Finnisch. Ref.: Neur. Zbl. **37** (1924). — [43] *Geller:* Über die Eierstocksfunktion bei Dementia praecox auf Grund anatomischer Untersuchung. Ber. psychiatr. Lit. **1923**. — [44] *Geimanovic:* Beitrag zum Problem: Katatonie-motorische Psychosen-Encephalitis. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 103. — [45] *Gibbs:* Sex development and behavior in male patients with dementia praecox. Ber. psychiatr. Lit. **1923**. — [46] *Guirand:* Catatonie et syndromes extrapyramidaux. Paris méd. Jg. 17, Nr 42 (1927). — [47] *Gurewitsch:* Über die Einteilung der Psychopathien. Z. Neur. **108**, H. 113 (1927). — [48] *Häfner:* Katatone Symptome bei prognostischer Paralyse. Z. Neur. **68** (1921). — [49] *Hartmann:* Ein Beitrag zur Lehre von den reaktiven Psychosen. Mschr. Psychiatr. **57**. Berlin 1925. — [51] *Hartmann-Schilder:* Klinik und Psychologie der Amentia. Z. Neur. **92** (1924). — [50] *Hauptmann:* Verminderte Durchlässigkeit der Blutlig. Schranke bei Schizophrenie. Klin. Wschr. Jg. 4, Nr 34 (1925). — [52] *Henry:* Gastrointestinal mot. functions in schizophrenia. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 366. — [53] *Hinsie:* The psychoanalytic treatment of schizophrenia. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 367. — [54] *Hoffmann:* Konstitution und Vererbung im schizophrenen Formkreis. Jber. ges. Neur. **1923**. — [55] *Hoffmann:* Grundsätzliches zur psychiatrischen Konstitutions- und Erblichkeitsforschung. Z. Neur. **97**, H. 3/4. — [56] *Hoffmann:* Beiträge zur Begründung der Tuberkulosepsychose. Arch. f. Psychiatr. **69**. — [57] *Hoffmann:* Familienpsychosen im schizophrenen Erbkreis. Mschr. Psychol. Beitr. 32. — [58] *Hoffmann:* Studien zum psych. Konstitutionsproblem. Z. Neur. **74**. — [59] *van der Hoop:* Über Autismus, Dissoziation und affekt. Demenz. Z. Neur. **97**. — [60] *Horn:* Dementia praecox und Unfall. Ber. psychiatr. Lit. **1923**. — [60] *Horwitzowna:* Die Schizophrenie im Kindesalter. Ref.: Neur. Zbl. **44**, 495. — [62] *Ilberg:* Jugendirresein. Leipzig **1898**. — [63] *Jakobi* und *Kolle:* Betrachtungen zum schizophrenen Reaktionstyp. Arch. f. Psychiatr. **76** (1926). — [64] *Jakobi* und *Winkler:* Encephalographische Studien an chronischen Schizophrenen. Arch. f. Psychiatr. **81** (1927). — [65] *Janet:* A propos de la schizophrénie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 251. — [66] *Jaspers:* Allgemeine Psychopathologie. Berlin **1923**. — [67] *Jaspers:* Kausale und verständliche Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychose bei der Dementia praecox. Z. Neur. **14**. — [68] *Josephy:* Beitrag zur Histopathologie der Dementia praecox. Z. Neur. **86**. — [69] *Kahn:* Erbbiologische Einleitung. Leipzig und Wien **1925**. — [70] *Kahn:* Zur Frage des schizophrenen Reaktionstyp. Z. Neur. **66** (1921). — [71] *Kahn:* Versuch einer einheitlichen Gruppierung aller

schizophrenen Äußerungsformen des Irreseins. Allg. Z. Psychiatr. **84**. — [72] *Kahn:* Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Berlin: Julius Springer **1923**. [73] *Kahn:* Über psychopathologische Verläufe. Münch. med. Wschr. Jg. 74, Nr 33 (1927). — [74] *Kahn:* Erbbiologische Betrachtung und Versuche. Z. Neur. **61**. — [75] *Keresztes:* Fälle von Schizophrenie mit Hormonextrakt behand. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 595. — [76] *Kleist:* Die Auffassung der Schizophrenie als psychische Erkrankung. Klin. Wschr. Nr 21. — [77] *Klarfeld:* Die pathologische Anatomie der Dementia praecox. Klin. Wschr. Nr 50. — [78] *Knapp* (Chigaco)*:* Die Jugendpsychosen. Arch. f. Psych. **82**, H. 3. — [79] *Klieneberger:* Pubertät und Psychopathie. — [80] *Koch:* Psychopathologische Minderwertigkeiten. — [81] *Kogeler:* Psychotherapie der Psychosen. Z. Neur. **96** (1925). — [82] *Kolle:* Forensische Bedeutung der sog. schizophrenen Reaktion. Dtsch. Z. gerichtl. Med. **10**, H. 4/5 (1927). — [83] *Kraepelin:* Psychiatrie. 8. Aufl. — [84] *Kretschmer*: Medizinische Psychologie **1922**. — [85] *Kretschmer:* Körperbau und Charakter. Berlin **1923**. — [86] *Krisch:* Die symptomatologischen Psychosen. Berlin **1920**. — [87] *Kure* und *Schimoda* (Tokio)*:* On the brain of dementia praecox. Ber. psychiatr. Lit. 1923. — [88] *Laforque:* Schizophrénie et schizonoia. Rev. franc. Psychoanal. **1**, Nr 1 (1927). — [89] *Medow:* Zur Erblichkeitsfrage in der Psychiatrie. Z. Neur. **26** (1914). — [90] *Medow:* Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox. Arch. f. Psychol. **67**, H. 4. — [91] *Medynski:* Die Konstitution in der Schizophrenie. Ref. Neur. Zbl. **48**, 462. — [92] *Meyer:* Die Dementia praecox. — [93] *Minkowski:* L'autisme et les attitudes schizophréniques. Ref. Neur. Zbl. **48**. — [94] *Minkowski:* Sur la rattachement des lésions et des proc. psychiq. de la schizophr. à des notions pens générales. Rev. franç. Psychoanal. **1**, Nr 1. — [95] *Möbius:* Die Einteilung der Krankheiten. — [96] *Moser:* Grundsätzliches und Kritisches zur Endo- und Exogenese der Schizophrenie. Arch. f. Psych. **81**, H. 4. — [97] *Münzer:* Über Veränderungen endokriner Organe und des Gehirns bei Schizophrenie. Z. Neur. **95** (1925). — [98] *v. Muralt:* Kopfverletzung und Dementia praecox. Allg. Z. Psychiatr. **57**. — [99] *v. Muralt:* Die psychoanalytische Auffassung der Schizophrenie. Schweiz. Arch. Neur. **14**, Nr 2 (1924). — [100] *Naecke:* Über katatone Symptome im Verlauf der Paralyse bei Frauen. Allg. Z. Psychiatr. **49**. — [101] *Neustadt:* Zur Auffassung der Psychose bei Metencephalitis. Arch. f. Psych. **81** (1927). — [102] *Pfister:* Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Allg. Z. Psychiatr. **63** (1906). — [103] *Pfister:* Zur Ätiologie und Symptomatologie der Katatonie. Allg. Z. f. Psych. **63**. [104] *Pönitz:* Beitrag zur Kenntnis der Frühkatatonie. Z. Neur. **20**. — [105] *Redlich:* Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Leipzig und Wien **1912**. — [106] *Reichardt:* Schizophrenie und Kriegsdienst. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 4/5. — [107] *Ripping:* Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart **1877**. [108] *Roberti:* Contributi alla patogenesi delle sindromi amenziali e schizofreniche. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 13/14. — [109] *Rubensohn:* Einige kritische Bemerkungen zur Entstehungsursache der Schizophrenie und verwandter Krankheiten. Med. Klin. Jg. 23, Nr 36 (1927). — [110] *Rüdin:* Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox. Berlin **1916**. — [111] *Savage-Knecht:* Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig **1887**. — [112] *Schüle:* Klinische Psychiatrie. Leipzig **1886**. — [113] *Seelert:* Pathogenese von Psychosen. — [114] *Seelert:* Endogene und exogene Faktoren bei Psychosen. — [115] *Schilder:* Wahn und Erkenntnis **1918**. — [116] *Schilder:* und *Weißmann* Amente Psychose bei Hypophysengangstumor. Z. Neur. **110**. — [117] *Schmechter:* Der Fall Engelhorn. Z. Neur. — [118] *Schroeder:* Intoxikationspsychosen. Leipzig und Wien **1912**. — [119] *Schuster:* Zur Kenntnis der Pathohistologie der Schizophrenie als psych. Systemerkrankung. Klin. Wschr. Nr 32. — [120] *Sikorska:* Störungen des kolloiden Gleichgewichts im Serum Schizophrener. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 5/6. — [121] *Speer:* Beitrag zur Kritik der spezifischen Psychotherapie bei Schizophrenie. Allg. ärztl. Z. Psychother. — [122] *Spranger:* Psychologie des Jugendalters. — [123] *Steck:* Kritisches zur Ätiologie der Dementia praecox. Z. Neur. **22**. — [124] *Sterling:* Zusammenhang der Schizo-

phrenie mit innerer Sekretion. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 1/2. — [125] *Stransky:* Lehrbuch der Psychiatrie. — [126] *Stransky:* Dementia tardiva. Mschr. Psychiatr. Erg.-H. 18. — [127] *Stuurmann:* Die Psychosen der nächsten Verwandten einiger Schizophrenen. Z. Neur. **93** (1924). — [128] *Sullivan:* The onset of schizophrenia. Ref. Neur. Zbl. **48**, 365. — [129] *Vorkastner:* Epilepsie und Dementia praecox. — [130] *Voß:* Die Ätologie der Psychosen. Leipzig und Wien **1915**. — [131] *Wanke:* Jugendirresein. [132] *Wilmanns:* Die Schizophrenie. Z. Neur. **78** (1922). — [133] *Ziehen:* Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin **1926**. — [132] *Zislin:* Die Gruppe der Schizophrenie und Narkomanie. Ref.: Neur. Zbl. **48**, 362. — [134] *Zielinski:* Emotion bei Schizophrenen. Ref.: Neur. Zbl. **48**, H. 1/2, 101 (1927).

Lebenslauf.

Ich wurde am 1. Oktober 1902 als Sohn des Oberpostinspektors Carl Engelmann zu Dresden im Freistaat Sachsen geboren, besuchte das Stadtgymnasium in Halle und das Comeniusgymnasium zu Lissa in Posen. Ich verließ dieses im Januar 1920 wegen der politischen Verhältnisse mit dem Zeugnis der Notreife. Darnach studierte ich in Halle Medizin, legte daselbst die ärztliche Vorprüfung am 8. Mai 1923, sowie das Staatsexamen, am 18. Juni 1926, ab. Das praktische Jahr leistete ich vom 1. August 1926 bis zum 31. März 1927 an der Psychiatrischen und Nervenklinik, vom 1. April bis 31. Juli 1927 an der Medizinischen Universitätspoliklinik in Halle ab. Während dieser Zeit bestand ich, am 22. Juli 1927, das Colloquium. Am 1. Oktober 1927 übernahm ich eine Assistenzarztstelle an der ostpreußischen Landesheilanstalt Allenberg, woselbst ich am 1. April 1928 zum Anstaltsarzt ernannt und angestellt wurde.